

LEONARDO BISCAIA

O MOMENTO PERICIAL

CURITIBA

MAIO DE 2016

Catálogo na publicação
Mariluci Zanela – CRB 9/1233
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Biscaia, Leonardo

O momento pericial: *ethos* pericial e disputas no campo previdenciário / Leonardo Biscaia – Curitiba, 2016.

412 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Tarcisa Silva Bega

Tese (Doutorado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

1. Bourdieu, Pierre, 1930-2002 – Sociologia. 2. Previdência social – Brasil. 3. Perícia médica – Medicina legal. 4. Sociologia - Medicina. I. Título.

CDD 362.1042

LEONARDO BISCAIA

O MOMENTO PERICIAL:

ETHOS PERICIAL E DISPUTAS NO CAMPO PREVIDENCIÁRIO

Tese entregue como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Sociologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Tarcisa Silva Bega

CURITIBA

MAIO DE 2016

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS HUMANAS
Programa de Pós-Graduação em SOCIOLOGIA
Código CAPES: 10001016032P2

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SOCIOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **LEONARDO BISCAIA DE LACERDA**, intitulada: "**MOMENTO PERICIAL: ETHOS PERICIAL E DISPUTAS NO CAMPO PREVIDENCIÁRIO**", após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação.

Curitiba, 09 de Maio de 2016.

Prof MARIA TARCISA SILVA BEGA
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

Prof JOSÉ MIGUEL RASIA
Avaliador Interno (UFPR)

Prof NORMA DA LUZ FERRARINI
Avaliador Externo (UFPR)

Prof CARLA MARCE MOLTENI
Avaliador Externo (UFPR)

Prof WILLIAM WAISSMANN
Avaliador Externo (FIOCRUZ)

Dedico esta tese a Thomas Hobbes, a David Hume e a Caio Júlio César;

à minha avó Odette Biscaia

ao meu sobrinho César Augusto

e à minha filha Clarice.

AGRADECIMENTOS

Fazendo justiça àqueles que me auxiliaram diretamente, usando seu tempo livre, conhecimentos e boa vontade em uma empreitada que não lhes dizia respeito, agradeço nominalmente às seguintes pessoas¹:

- Alexandre Godoy Blume
- Bertila Rufina Muller Will
- Bruno Gomes Gallo
- Edneia Botelho Padovani
- Eduardo Henrique Rodrigues de Almeida
- Equipe de editores do blogue Perito.med
- Guilherme Guiss Maciel
- Helmut Schwarzer
- Leonildo Souza
- Marcelo Abi-Ramia Caetano
- Maria Carolina Schatz de Paula
- Simplício Carlos Barboza

Também tenho que fazer menção especial a algumas outras pessoas.

Ao meu irmão Gustavo Biscaia de Lacerda, quem me auxiliou em absolutamente todas as etapas da redação da tese e do doutorado, tanto com sugestões de leituras quanto com correções de rumos – o que o faz, aliás, há quase quatro décadas.

Agradeço à minha mãe, Josefina, pelo apoio incondicional e constante.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria Tarcisa Silva Bega, pelo apoio e por ter dado a liberdade necessária para a pesquisa a que me propus.

Aos membros da banca de qualificação, Prof. Dr. José Miguel Rasia e Prof^a

¹ Citadas em ordem alfabética, para evitar injustiças.

Dr^a Maria Mercê Moliari, por suas sugestões.

Agradeço a todos os meus colegas de doutorado, em especial a Letícia Figueira Moutinho Kulaitis, Marcelo Nogueira de Souza e Dauto João da Silveira.

Gostaria de expressar o agradecimento e o sentimento de dívida que tenho com todos os colegas que responderam ao questionário elaborado para esta pesquisa, cedendo seu tempo para ajudar no desenvolvimento desta investigação. Recebi incontáveis mensagens com comentários, elogios, críticas e relatos bastante interessantes e muito vivos; na medida do possível, procurei aproveitá-los todos ao longo do texto.

*“A nossa espécie, mais do que as outras, carece de deveres para fazer
sentimentos”*

(Clotilde de Vaux)

“O amor por princípio e a ordem por base; o progresso por fim”

(Augusto Comte)

RESUMO

A tese analisa o *habitus* da perícia médica previdenciária e a sua inserção no campo previdenciário, bem como as disputas que diferentes agentes coletivos mantêm com a perícia em torno de determinados capitais. Esses objetivos são perseguidos a partir da teoria dos campos de Pierre Bourdieu, estrutura conceitual apropriada para a apreensão das várias dimensões explicativas da ação social do perito médico: o *Welfare State*, a previdência social brasileira, as diferentes racionalidades burocráticas, as diferenças entre o perito médico e seus pares assistentes. Recupera-se a historiografia tanto da seguridade social brasileira quanto da perícia médica brasileira e procura-se explicar como esta insere-se naquela. Além disso, como a função precípua do perito médico previdenciário é avaliar a capacidade para o trabalho de segurados do regime geral da previdência social, é feita a descrição tanto do cliente do perito médico quanto da sua trajetória desde o adoecimento até a avaliação feita pelo perito médico. A pesquisa contribui pela originalidade do seu objeto de estudo e pelas estratégias de investigação. O *habitus* e o *ethos* do perito médico são perscrutados por pesquisa empírica que analisa seus valores e suas posturas sobre a previdência social, sobre os segurados, sobre si mesmos e sobre os outros agentes do campo. Para tentar evidenciar o que há de específico no *habitus* pericial, deu-se atenção também para os valores dos demais servidores da previdência social brasileira, genericamente denominados “administrativos”, em contraposição aos peritos médicos. Os resultados preliminares sugerem que a perícia médica previdenciária busca manter a dignidade e a autonomia do conteúdo de sua prática ao mesmo tempo em que se sujeita à subordinação hierárquica dentro de uma estrutura fortemente centralizada, em que representa apenas uma parte pequena, ainda que indispensável. Tal sujeição implica também o aprendizado de um *habitus* profundamente diverso daquele assumido pelo médico que intervém no processo saúde-doença assistindo os pacientes/usuários. Os conflitos com os demais agentes coletivos do campo previdenciário surgem quando há a disputa pelo que Bourdieu chama de capital simbólico (com os servidores administrativos e demais agentes coletivos institucionais do campo) e pela disputa assimétrica pelo capital previdenciário (isto é, a concessão de um benefício por incapacidade) com os usuários do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

PALAVRAS-CHAVE: perícia médica previdenciária; Sociologia das Profissões; Medicina; previdência social; *habitus*; *ethos*.

ABSTRACT

The thesis analyzes the habitus of the social security medical expertise and their inclusion in the social security field, as well as disputes that different collective agents have with the expertise around certain capitals. These goals are pursued from the theory of Pierre Bourdieu fields, appropriate conceptual framework for the understanding of the various explanatory dimensions of the medical expert of social action: the Welfare State, the Brazilian social security, the various bureaucratic rationality, the differences between the expert doctor and his assistants pairs. Recover the history of both the Brazilian social security as the Brazilian medical expertise and seeks to explain how this fits into that. Moreover, as the primary function of the social security medical expert is to evaluate the ability to work from policyholders of the general social security system, the description is made from a medical expert's client and its trajectory from illness to assessment by expert doctor. The research contributes for the originality of its subject matter and the research strategies. The habitus and the medical expert ethos are scrutinized by empirical research that analyzes their values and attitudes on social security, on the insured, about themselves and about the other field agents. To try to highlight what is specific in the expert habitus, also attention was given to the values of other servants of the Brazilian social security, generically called by "administrative", as opposed to medical experts. Preliminary results suggest that the social security medical expertise seeks to maintain the dignity and autonomy of the contents of his practice at the same time is subject to hierarchical subordination within a highly centralized structure, which is only a small part, even indispensable. This subject also involves the learning of a deeply diverse habitus that assumed by the doctor who intervenes in the health-disease watching patients / users. Conflicts with other collectives in the social security field arise when there is a dispute over what Bourdieu calls symbolic capital (with the administrative staff and other institutional collective agents of the field) and asymmetrical dispute over pension capital (i. e., granting a Incapacity Benefit) with users of the INSS.

KEYWORDS: social security medical expertise; Sociology of Professions; Medicine; social insurance; habitus; ethos.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Figura 5.1 – Organograma do INSS	112
Figura 5.2 – Estrutura organizacional da Dirsat	113
Figura 6.1 – História natural de qualquer doença no homem em relação com o papel do doente	129
Figura 6.2 – História natural das doenças no campo previdenciário	132
Figura 6.3 – História natural de qualquer doença no homem	144
Figura 7.1 – Esquema simplificado das etapas para concessão do benefício por incapacidade	196
Figura 7.2 – Esquema simplificado dos trâmites recursais dentro da Previdência Social	209
Figura 8.1 – Fluxo de atendimento dos requerentes a benefícios que envolvem alguma análise pericial médica	226
Figura 8.2 – Tela inicial da Intraprev sem o sistema de registro de violência, indicando o local onde o sistema localizava-se	227
Gráfico 7.1 – Evolução mensal do número de perícias médicas previdenciárias, segundo o tipo de vinculação do perito médico	165
Gráfico 7.2 – Número de aposentadorias dos peritos médicos previdenciários, por ano e por superintendência regional	171
Gráfico 7.3 – Exonerações dos peritos médicos previdenciários, por Superintendência Regional e por posição na carreira	172
Gráfico 7.4 – Conclusões contrárias nas perícias iniciais no Brasil, na Superintendência Regional Sul e na Gerência Executiva de Curitiba	202
Gráfico 7.5 – Conclusões contrárias nas perícias de prorrogação no Brasil, na Superintendência Regional Sul e na Gerência Executiva de Curitiba	203
Gráfico 7.6 – Conclusões contrárias nas perícias de reconsideração no Brasil, na Superintendência Regional Sul e na Gerência Executiva de Curitiba	203

Gráfico 8.1 – Evolução temporal dos requerimentos de benefício por incapacidade repesados	240
Gráfico 8.2 – Evolução do tempo de espera para a realização da perícia médica após a sua marcação, em número de dias	241
Gráfico A.1 – Distribuição de sexos dos administrativos	365
Gráfico A.2 – Pirâmide etária dos servidores administrativos por sexo	364
Gráfico A.3 – Distribuição dos servidores administrativos por tempo de trabalho no INSS	366
Gráfico A.4 – Distribuição dos servidores administrativos do INSS por tempo de serviço na autarquia em função da faixa etária	367
Gráfico A.5 – Distribuição dos servidores administrativos por SR	367
Gráfico A.6 – SR de lotação dos servidores administrativos por sexo	368
Gráfico A.7 – Distribuição dos servidores administrativos por área de atuação na APS	368
Gráfico A.8 – Distribuição da área de atuação dos servidores administrativos nas APSs por sexo	369
Gráfico A.9 – Distribuição do tempo de serviço no INSS dos administrativos, por sexo	369
Gráfico A.10 – Posicionamento dos servidores administrativos sobre a satisfação com seus trabalhos no INSS	370
Gráfico A.11 – Posição dos servidores administrativos sobre sua satisfação com o trabalho no INSS em função do tempo de serviço no INSS	370
Gráfico A.12 – Posição dos servidores administrativos sobre sua satisfação com o trabalho no INSS em função de sua faixa etária	371
Gráfico A.13 – Posição dos servidores administrativos sobre sua satisfação com o trabalho no INSS em função do desejo de sair do INSS caso houvesse essa possibilidade	371
Gráfico A.14 – Distribuição dos servidores administrativos que permanecem no INSS por conta da estabilidade e/ou do salário	372

Gráfico A.15 – Distribuição dos administrativos que permanecem no INSS por causa do salário e/ou da estabilidade, em função da faixa etária	372
Gráfico A.16 – Distribuição dos servidores administrativos que afirmaram que deixariam o INSS se pudessem	373
Gráfico A.17 – Distribuição dos administrativos que afirmaram que deixariam o INSS se pudessem, em função da faixa etária	373
Gráfico A.18 – Posições dos servidores administrativos em relação à submissão administrativa dos peritos médicos à gerência da APS	374
Gráfico A.19 – Posições dos servidores administrativos em relação à submissão técnica dos peritos médicos à chefia do SST	374
Gráfico A.20 – Distribuição dos servidores administrativos sobre a submissão técnica dos peritos médicos ao SST, em função do tempo de trabalho do administrativo no INSS	375
Gráfico A.21 – Distribuição dos servidores administrativos que se sentem à vontade para questionar os peritos médicos, em função do tempo de trabalho do administrativo no INSS	375
Gráfico A.22 – Distribuição sexual dos peritos médicos	376
Gráfico A.23 – Distribuição sexual e por faixa etária dos peritos médicos	376
Gráfico A.24 – Distribuição etária dos peritos médicos	377
Gráfico A.25 – Distribuição dos peritos médicos por SR	377
Gráfico A.26 – Distribuição etária dos peritos em função da SR em que estão lotados	378
Gráfico A.27 – Distribuição do tempo de formados em Medicina dos peritos em função da SR em que estão lotados	378
Gráfico A.28 – Distribuição dos peritos médicos em relação ao tempo de formados	379
Gráfico A.29 – Distribuição dos peritos por sexo e por tempo de formados em Medicina	379

Gráfico A.30 – Distribuição dos peritos médicos por tempo de trabalho no INSS	380
Gráfico A.31 – Distribuição dos peritos por sexo e por tempo de trabalho no INSS	380
Gráfico A.32 – Distribuição do tempo de formados em Medicina dos peritos em relação às suas faixas etárias	381
Gráfico A.33 – Posição dos peritos médicos sobre sentirem-se apoiados em vez de questionados quando o supervisor médico/SST discute alguma conduta, em função do tempo em que o perito trabalha no INSS	381
Gráfico A.34 – Posição dos peritos sobre sentirem-se apoiados em vez de questionados pelo supervisor médico/SST ao discutir alguma conduta em função do tempo de formatura	382
Gráfico A.35 – Posições dos peritos médicos sobre sentirem-se apoiados em vez de questionados quando o colega médico da APS discute alguma conduta	382
Gráfico A.36 – Posições dos peritos médicos sobre sentirem-se apoiados em vez de questionados pelos colegas médicos da APS ao discutir alguma conduta, em função do tempo de formatura em Medicina	383
Gráfico A.37 – Posições dos peritos médicos sobre sentirem-se apoiados em vez de questionados pelos colegas médicos da APS ao discutir alguma conduta em função do tempo de trabalho no INSS	383
Gráfico A.38 – Posições dos peritos médicos sobre sua autonomia profissional manifestar-se por meio de suas decisões periciais	384
Gráfico A.39 – Posições dos peritos médicos sobre sua autonomia profissional manifestar-se por meio da duração de cada avaliação pericial	384
Gráfico A.40 – Posições dos peritos médicos sobre sua autonomia profissional manifestar-se por meio do controle do número de segurados periciados	385
Gráfico A.41 – Distribuição do posicionamento dos peritos sobre a sua autonomia manifestar-se como o controle do número de segurados atendidos, por sexo	385

Gráfico A.42 – Posições dos peritos médicos sobre se sua autonomia manifesta-se por meio do controle do número de segurados atendidos, em função da faixa etária dos peritos	386
Gráfico A.43 – Posições dos peritos médicos sobre a sua autonomia manifestando-se como controle do número de segurados atendidos em função do tempo de formatura dos peritos	386
Gráfico A.44 – Posições dos peritos médicos sobre se sua autonomia manifesta-se por meio do controle do número de segurados atendidos, em função do tempo de trabalho dos peritos no INSS	387
Gráfico A.45 – Posições dos peritos médicos sobre se sua autonomia manifesta-se por meio do controle do número de segurados atendidos, em função da superintendência regional em que atuam	387
Gráfico A.46 – Distribuição do posicionamento dos peritos sobre a sua autonomia manifestar-se como o controle da duração de cada perícia	388
Gráfico A.47 – Distribuição do posicionamento dos peritos sobre a sua autonomia manifestar-se como o controle da duração de cada perícia, em função da faixa etária dos peritos	388
Gráfico A.48 – Posições dos peritos médicos sobre sua autonomia manifestar-se por meio do controle da duração de cada perícia, em função do tempo da graduação em Medicina	389
Gráfico A.49 – Posições dos peritos médicos sobre sua autonomia manifestar-se por meio do controle da duração de cada perícia, em função do tempo dos peritos no INSS	389
Gráfico A.50 – Distribuição do posicionamento dos peritos sobre a sua autonomia manifestar-se como o controle da duração de cada perícia, em função da Superintendência Regional	390
Gráfico A.51 – Distribuição das posições dos peritos médicos sobre se sua autonomia profisisonal manifesta-se por meio de suas decisões periciais, por sexo	390
Gráfico A.52 – A autonomia do perito médico manifesta-se por meio de suas decisões periciais, em função da faixa etária dos peritos	391

Gráfico A.53 – A autonomia do perito médico manifesta-se por meio de suas decisões periciais, em função do tempo de formado em Medicina dos peritos	391
Gráfico A.54 – A autonomia do perito médico manifesta-se por meio de suas decisões periciais, em função do tempo dos peritos no INSS	392
Gráfico A.55 – A autonomia do perito médico manifesta-se por meio de suas decisões periciais, em função da Superintendência Regional	392
Gráfico A.56 – Posicionamento dos peritos sobre a necessidade de os segurados que percebem um benefício por incapacidade deverem contribuir ativamente para o seu tratamento	393
Gráfico A.57 – Posicionamento dos peritos sobre a concessão de um benefício por incapacidade para um segurado acometido de doença estigmatizante mesmo que ele tenha capacidade de trabalhar	393
Gráfico A.58 – Posicionamento dos peritos sobre dar informações de natureza médica sobre sua doença	394
Gráfico A.59 – Posicionamento dos peritos sobre a abordagem de aspectos psicossociais com o segurado, a respeito de aspectos psicossociais de sua doença	394
Gráfico A.60 – Posicionamento dos peritos sobre tomar a conduta que for melhor para o segurado	395
Gráfico A.61 – O perito preocupa-se em tomar decisões que não firam os direitos do segurado	395
Gráfico A.62 – O perito preocupa-se em observar as leis e normas previdenciárias em suas decisões	396
Gráfico A.63 – O perito baseia sua decisão na vontade do segurado	396
Gráfico A.64 – O perito deve informar ao segurado as razões de sua decisão	397
Gráfico A.65 – Conflitos entre peritos e segurados são normais	397
Gráfico A.66 – Conflitos entre peritos e servidores administrativos são normais	398
Gráfico A.67 – A atividade dos peritos não é compreendida pelos segurados	398

Gráfico A.68 – A atividade dos peritos não é compreendida pelos médicos peritos	399
Gráfico A.69 – Os órgãos de controle cumprem o seu papel ao cobrarem e fiscalizarem o trabalho dos peritos médicos	399
Gráfico A.70 – Os peritos são injustos em suas decisões	400
Gráfico A.71 – Os peritos são injustos em suas avaliações, por tempo de trabalho no INSS do servidor administrativo	400
Gráfico A.72 – Os peritos são injustos em suas avaliações, por área de atuação do servidor administrativo	401
Gráfico A.73 – O administrativo considera natural haver conflitos entre peritos e administrativos, por tempo de trabalho no INSS do servidor administrativo	402
Gráfico A.74 – O segurado tem razão em queixar-se do perito, por área de atuação do servidor administrativo	403
Gráfico A.75 – Em um conflito entre segurado e perito, o administrativo defende o segurado, por área de atuação do servidor administrativo	403
Quadro 5.1 – Distribuição dos servidores do INSS, por carreira/cargo e por sexo	109
Quadro 5.2 – Distribuição dos servidores do INSS por superintendência; total de servidores e peritos médicos	111
Quadro 5.3 – Grandes números selecionados do INSS	117
Quadro 6.1 – Relação das situações que isentam da carência, segundo o art. 30 do Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999	146
Quadro 7.1 – Lista de procedimentos realizados pelos peritos médicos previdenciários	191
Quadro 7.2 – Relação das situações que dão direito ao auxílio-acidente segundo o Anexo III do Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999	205
Quadro 7.3 – Relação das situações que dão direito à majoração de 25% do valor da	

aposentadoria por invalidez, segundo o Anexo I do Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999	207
Tabela 4.1 – Características das reformas dos sistemas de previdência social de alguns países da América Latina	102
Tabela 5.1 – Número de servidores federais ativos, por poder	114
Tabela 5.2 – Comparação do quantitativo de servidores ativos dos quatro ministérios com maior número de servidores e sua relação com o total de servidores do poder Executivo	115
Tabela 5.3 – Distribuição etária e por sexo dos servidores públicos civis do poder Executivo	115
Tabela 5.4 – Distribuição da escolaridade entre os servidores públicos civis ativos do poder Executivo, ao tomarem posse	116
Tabela 5.5 – Quantitativo de servidores públicos lotados no Ministério da Previdência Social e em suas autarquias, por nível de escolaridade do cargo	116
Tabela 5.6 – Total de atendimentos e de perícias médicas agendados nas superintendências regionais do INSS	118
Tabela 5.7 – Benefícios concedidos que dependem da avaliação pericial médica e total de benefícios concedidos, por superintendência regional	118
Tabela 6.1 – Principais causas de concessão de auxílio-doença na GEX-Curitiba	135
Tabela 6.2 – Grupos de diagnósticos mais prevalentes nas perícias iniciais de auxílio-doença na GEX-Juiz de Fora	135
Tabela 6.3 – Grupos de diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças mais prevalentes entre os recursos de auxílio-doença na GEX-Curitiba	136
Tabela 6.4 – Quantitativo de segurados por tipo de filiação ao Regime Geral da Previdência Social no Brasil	148
Tabela 6.5 – Características demográficas dos requerentes a benefícios por incapacidade submetidos a perícia médica em uma APS da Região	

Metropolitana de Curitiba (maio de 2010)	148
Tabela 7.1 – Número de peritos médicos previdenciários aposentados ou exonerados, por classe funcional	170
Tabela 7.2 – Diferenças qualitativas nas relações médico-paciente e perito-segurado	181
Tabela 8.1 – Porcentagem que cada superintendência regional representa no quantitativo diário médio de atendimento dos peritos médicos previdenciários, por faixa	220
Tabela 9.1 – Questões respondidas por categoria empírica pesquisada, ordem em que foram apresentadas e o número de respondentes (<i>n</i>) de cada uma	249
Tabela 9.2 – Valor numérico atribuído a cada opção disponível para resposta às diferentes categorias de perguntas apresentadas nos questionários	252
Tabela 9.3 – Distribuição sexual dos servidores administrativos	254
Tabela 9.4 – Distribuição dos servidores administrativos por sexo e por faixa etária	254
Tabela 9.5 – Distribuição dos servidores administrativos por tempo de trabalho no INSS	255
Tabela 9.6 – Distribuição dos administrativos por faixa etária	256
Tabela 9.7 – Distribuição dos servidores administrativos por SR	256
Tabela 9.8 – Distribuição dos servidores administrativos por SR e por sexo	256
Tabela 9.9 – Distribuição dos servidores administrativos por área de atuação na APS	256
Tabela 9.10 – Distribuição dos servidores administrativos por área de atuação na APS e por sexo	257
Tabela 9.11 – Distribuição dos servidores administrativos por tempo de serviço no INSS e por sexo	257
Tabela 9.12 – Posições dos servidores administrativos sobre vários aspectos de seus trabalhos no INSS	258

Tabela 9.13 – Posição dos servidores administrativos sobre os diferentes tipos de hierarquia envolvendo os peritos médicos	259
Tabela 9.14 – Posições dos servidores administrativos sobre a submissão administrativa dos peritos médicos ao gerente da APS em função do tempo do servidor administrativo no INSS	260
Tabela 9.15 – Distribuição sexual dos peritos médicos	261
Tabela 9.16 – Distribuição dos peritos médicos por sexo e por faixa etária	261
Tabela 9.17 – Comparação da distribuição etária em função do sexo entre o conjunto dos médicos brasileiros e a dos peritos médicos previdenciários	261
Tabela 9.18 – Faixas etárias dos peritos médicos	262
Tabela 9.19 – Superintendência Regional de lotação dos peritos médicos	263
Tabela 9.20 – Divisão sexual dos peritos médicos por SR de lotação	263
Tabela 9.21 – Distribuição dos peritos médicos por faixa etária e por SR de lotação	264
Tabela 9.22 – Tempo do perito no INSS por Superintendência Regional	265
Tabela 9.23 – Faixa etária dos peritos por Superintendência Regional	266
Tabela 9.24 – Distribuição dos peritos por tempo de formados em Medicina	267
Tabela 9.25 – Distribuição sexual dos peritos médicos em função do tempo da formatura em Medicina	267
Tabela 9.26 – Distribuição dos peritos médicos por tempo de trabalho no INSS	267
Tabela 9.27 – Posições dos peritos médicos sobre o relacionamento com colegas peritos do INSS	268
Tabela 9.28 – Posições dos peritos médicos sobre as diferentes manifestações de sua autonomia profissional	270
Tabela 9.29 – Distribuição do posicionamento dos peritos sobre a sua autonomia manifestar-se como o controle da duração de cada perícia, em função do tempo de trabalho dos peritos no INSS	270

Tabela 9.30 – Posição dos peritos médicos sobre cobranças no ambiente profissional	270
Tabela 9.31 – Posições dos peritos médicos sobre diferentes condutas tomadas no cotidiano do INSS	273
Tabela 9.32 – Posição dos peritos médicos sobre diferentes aspectos de sua atividade profissional dentro do INSS	274
Tabela 9.33 – Posição dos peritos sobre a cobrança exercida pelos órgãos de controle sobre sua atividade	275
Tabela 9.34 – Serviços onde o perito já respondeu a queixas	276
Tabela 9.35 – Nos últimos 12 meses eu sofri/respondi aos seguintes eventos com a seguinte frequência aproximada	277
Tabela 9.36 – Nos últimos 12 meses eu registrei queixas nos seguintes órgãos com a seguinte frequência aproximada	277
Tabela 9.37 – Nos últimos 12 meses eu envolvi-me nos seguintes eventos com a seguinte frequência aproximada (peritos em relação aos seus colegas)	279
Tabela 9.38 – Posição dos diferentes servidores do INSS sobre vários aspectos do relacionamento entre si	279
Tabela 9.39 – Frequência de ocorrência de vários tipos de eventos nos últimos 12 meses envolvendo diferentes categorias de servidores do INSS	280
Tabela 9.40 – Respostas dos servidores administrativos à afirmação “os peritos são injustos em suas avaliações”	280
Tabela 9.41 – Distribuição do posicionamento dos servidores administrativos a respeito de considerarem os peritos médicos injustos em suas avaliações por tempo de trabalho no INSS	281
Tabela 9.42 – Distribuição do posicionamento dos servidores administrativos a respeito de considerarem os peritos médicos injustos em suas avaliações por local de atuação na APS	281
Tabela 9.43 – Posições dos servidores administrativos a respeito de o administrativo considerar natural a ocorrência de conflitos envolvendo-os e aos peritos médicos por tempo de serviço do administrativo do INSS	283

Tabela 9.44 – Posições dos servidores administrativos a respeito de o administrativo considerar natural a ocorrência de conflitos envolvendo-os e aos peritos médicos por área de lotação do servidor administrativo na APS	283
Tabela 9.45 – Posições dos servidores administrativos a respeito de o segurado ter razão ao queixar-se dos peritos por área de lotação do servidor administrativo na APS	284
Tabela 9.46 – Posições dos servidores administrativos sobre apoiar o segurado em vez de o perito em uma situação conflituosa de ambos por área de lotação do servidor administrativo na APS	284
Tabela A.1 – No geral, estou satisfeito com o meu trabalho	334
Tabela A.2 – Estou no INSS há quanto tempo	334
Tabela A.3 – Estou no INSS por causa da estabilidade/salário.	335
Tabela A.4 – Se pudesse escolher, eu deixaria o INSS.	335
Tabela A.5 – Tenho um bom relacionamento com os peritos médicos da minha APS	336
Tabela A.6 – Acho natural haver conflitos entre os servidores administrativos e os peritos médicos da APS	336
Tabela A.7 – Acho que os segurados têm razão de queixarem-se dos peritos médicos	337
Tabela A.8 – Os peritos médicos são injustos em suas avaliações.	337
Tabela A.9 – Em uma situação de conflito entre perito médico e segurado, eu tendo a preferir apoiar o segurado	338
Tabela A.10 – Eu tive problemas ou conflitos com <i>segurados</i> nos últimos 12 meses com a seguinte frequência aproximada	338
Tabela A.11 – Eu tive problemas ou conflitos com <i>colegas administrativos</i> nos últimos 12 meses com a seguinte frequência aproximada	339
Tabela A.12 – Eu tive problemas ou conflitos com <i>peritos médicos</i> nos últimos 12 meses com a seguinte frequência aproximada	339

Tabela A.13 – Eu sinto-me à vontade para questionar peritos médicos ou para exercer minha autoridade sobre eles	340
Tabela A.14 – Os peritos médicos devem ser subordinados administrativamente aos gerentes das APSs	340
Tabela A.15 – Os peritos médicos devem ser subordinados tecnicamente aos SSTs	341
Tabela A.16 – Sou (sexo)	341
Tabela A.17 – Minha idade é	341
Tabela A.18 – Eu trabalho na superintendência	342
Tabela A.19 – Eu atuo (órgão)	342
Tabela A.20 – Considero ser apoiado (em vez de fiscalizado ou questionado) quando o meu supervisor de APS/SST procura-me para conversar sobre alguma conduta minha	343
Tabela A.21 – Considero ser apoiado (em vez de fiscalizado ou questionado) quando um colega perito médico procura-me para conversar sobre alguma conduta minha	343
Tabela A.22 – Acho que a minha autonomia de perito manifesta-se pelo meu controle sobre o número de segurados atendidos diariamente	344
Tabela A.23 – Acho que a minha autonomia de perito manifesta-se pelo meu controle sobre a duração de cada perícia médica	344
Tabela A.24 – Acho que a minha autonomia de perito manifesta-se nas minhas decisões médico-periciais	345
Tabela A.25 – Dentro do INSS, considero-me primeiro médico e depois perito/burocrata	345
Tabela A.26 – Acho correta a cobrança que o INSS faz da minha produtividade em termos de número de segurados atendidos	346
Tabela A.27 – Eu tenho um bom relacionamento com os servidores administrativos	346

Tabela A.28 – Os servidores administrativos cobram-me que eu faça pelo menos um determinado número de perícias diárias	347
Tabela A.29 – Eu sou cobrado pelos servidores administrativos para realizar atividades “extras”, como recursos, perícias de encaixe, majorações de 25%, isenção do imposto de renda etc.	347
Tabela A.30 – O controle que o INSS faz da minha atividade visa a aspectos éticos e comportamentais além dos técnicos	348
Tabela A.31 – O controle sobre a minha atividade dentro do INSS é maior do que aquele a que sou submetido na prática assistencial	348
Tabela A.32 – Eu acho que o segurado que percebe benefício do INSS deveria tratar-se (ou contribuir ativamente para a sua recuperação)	349
Tabela A.33 – Eu concederia um benefício por incapacidade (isto é, espécies B31 ou B91) para um segurado acometido de uma doença estigmatizante mesmo que ele não esteja incapacitado para o trabalho	349
Tabela A.34 – Eu acho que devo dar informações ao segurado sobre a sua doença (como diagnóstico, evolução, tratamento,nexo da doença com o trabalho etc.)	350
Tabela A.35 – Eu acho que devo informar ao segurado as razões da minha decisão pericial	350
Tabela A.36 – Eu acho que devo abordar com o segurado as suas questões psicossociais	351
Tabela A.37 – Preocupo-me em fazer o que for o melhor para o requerente/segurado	351
Tabela A.38 – Preocupo-me em fazer o que seja mais correto em termos de legislação e normas	352
Tabela A.39 – Preocupo-me em compreender o que o requerente/segurado demanda, focando a decisão pericial na sua vontade	352
Tabela A.40 – Preocupo-me em tomar uma decisão que não fira direitos do requerente/segurado	353

Tabela A.41 – Eu acho natural a existência de conflitos entre peritos e os <i>segurados</i> do INSS	353
Tabela A.42 – Eu acho natural a existência de conflitos entre peritos médicos e <i>servidores administrativos</i> do INSS	354
Tabela A.43 – Os segurados criticam-me porque não compreendem a minha atividade	354
Tabela A.44 – Os médicos assistentes criticam os peritos médicos porque não compreendem a nossa atividade	355
Tabela A.45 – Os órgãos de controle, como o Ministério Público, a Auditoria e a Ouvidoria do INSS, cumprem o seu papel ao cobrarem e fiscalizarem o trabalho dos peritos médicos	355
Tabela A.46 – Eu já tive que responder a queixas/denúncias de segurados junto à Ouvidoria do INSS	355
Tabela A.47 – Eu já tive que responder a queixas/denúncias de segurados junto ao CRM	356
Tabela A.48 – Eu já tive que responder a queixas/denúncias de segurados junto ao Ministério Público (Federal ou Estadual)	356
Tabela A.49 – Eu já tive que responder a queixas/denúncias de segurados junto à gerência da minha APS	356
Tabela A.50 – Eu já tive que responder a queixas/denúncias de segurados – prefiro não responder	356
Tabela A.51 – Nos últimos 12 meses eu sofri/respondi aos seguintes eventos com a seguinte frequência aproximada – denúncia da Ouvidoria do INSS	357
Tabela A.52 – Nos últimos 12 meses eu sofri/respondi aos seguintes eventos com a seguinte frequência aproximada – sindicância/PAD da Corregedoria do INSS	357
Tabela A.53 – Nos últimos 12 meses eu sofri/respondi aos seguintes eventos com a seguinte frequência aproximada – denúncia do Ministério Público	357
Tabela A.54 – Nos últimos 12 meses eu sofri/respondi aos seguintes eventos com a seguinte frequência aproximada – agressão física	358

Tabela A.55 – Nos últimos 12 meses eu sofri/respondi aos seguintes eventos com a seguinte frequência aproximada – agressão verbal	358
Tabela A.56 – Nos últimos 12 meses eu sofri/respondi aos seguintes eventos com a seguinte frequência aproximada – desentendimento com servidores administrativos da APS	359
Tabela A.57 – Nos últimos 12 meses eu sofri/respondi aos seguintes eventos com a seguinte frequência aproximada – desentendimento com colegas peritos	359
Tabela A.58 – Nos últimos 12 meses eu sofri/respondi aos seguintes eventos com a seguinte frequência aproximada – desentendimento com o gerente da minha APS	360
Tabela A.59 – Nos últimos 12 meses eu fui prestar queixa contra segurados nos seguintes órgãos com a seguinte frequência aproximada – na Polícia Federal	360
Tabela A.60 – Nos últimos 12 meses eu fui prestar queixa contra segurados nos seguintes órgãos com a seguinte frequência aproximada – na Polícia Civil	360
Tabela A.61 – Nos últimos 12 meses eu fui prestar queixa contra segurados nos seguintes órgãos com a seguinte frequência aproximada – na Ouvidoria do Servidor	361
Tabela A.62 – Nos últimos 12 meses eu fui prestar queixa contra segurados nos seguintes órgãos com a seguinte frequência aproximada – na Ouvidoria do INSS	361
Tabela A.63 – Permaneço no INSS por causa da remuneração e da estabilidade	362
Tabela A.64 – Eu gosto do meu trabalho no INSS	362
Tabela A.65 – Se pudesse escolher, eu deixaria o INSS	363
Tabela A.66 – Sou formado em Medicina há quanto tempo	363
Tabela A.67 – Estou no INSS há quanto tempo	363
Tabela A.68 – Sou (sexo)	364

Tabela A.69 – Minha idade é	364
Tabela A.70 – Eu trabalho na superintendência	364

LISTA DE ABREVIATURAS

AADJ – Agências de Atendimento a Demandas Judiciais

AGU – Advocacia Geral da União

AMB – Associação Médica Brasileira

ANMP – Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social

Anova – Análise de variância

APS – Agência da Previdência Social

BPC – Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social

CaJ – Câmara de Julgamento

CEME – Central de Medicamentos

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGU – Controladoria Geral da União

Copes – Cobertura previdenciária estimada

CRER – Comunicado do Resultado de Requerimento

CRM-PR – Conselho Regional de Medicina do Paraná

CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social

CUT – Central Única dos Trabalhadores

Dataprev – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DCA – Data de Cessação Administrativa

DCB – Data de Cessação do Benefício

DER – Data de Entrada do Requerimento

DID – Data do Início da Doença

DII – Data do Início da Incapacidade

Dirsat – Diretoria de Saúde do Trabalhador

Fenam – Federação Nacional dos Médicos

Fiocruz – Fundação Instituto Oswaldo Cruz

Funabem – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor

Fundacentro – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

Funpresp – Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo

Funrural – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

GEx – Gerência Executiva

Iapas – Instituto da Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IC – Intervalo de confiança

IN – instrução normativa

Inamps – Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

JEF – Juizado Especial Federal Previdenciário

JRPS – Junta de Recurso da Previdência Social

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LI – Limite indefinido

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MPE – Ministério Público Estadual

MPF – Ministério Público Federal

MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MPS – Ministério da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NQR – Prefiro não responder / não quero responder / não sei

PFE-INSS – Procuradoria Federal Especializada no INSS

PFE-INSS – Procuradoria Federal Especializado no INSS

PIB – Produto Interno Bruto

PP – Pedido/Perícia de Prorrogação

PR – Pedido/Perícia de Reconsideração

Previc – Superintendência Nacional de Previdência Complementar

Pro-Rural – Programa de Desenvolvimento Econômico e Territorial

REAT – Regime Especial de Atendimento em Turnos

RP – Reabilitação Profissional

Siass – Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor

Sicopp – Sistema de Conciliação Pré-Processual

SIMA – Solicitação de Informações ao Médico Assistente

SR – Superintendência Regional

SRD – Serviço/Seção de Reconhecimento de Direitos

SST – Serviço de Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	31
Hipóteses de trabalho	39
PARTE I – ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS.....	41
1. O ARSENAL METODOLÓGICO DE PIERRE BOURDIEU	42
2. O <i>WELFARE STATE</i>	57
3. O FENÔMENO SOCIOLOGICO DA BUROCRACIA.....	72
3.1. O burocrata do nível de rua (<i>street-level bureaucrat</i>)	76
4. O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL	88
4.1. A contemporaneidade da previdência social: a Constituição de 1988 e as reformas da previdência	96
5. OS AGENTES DO CAMPO PREVIDENCIÁRIO	105
5.1. O INSS como agente coletivo do campo previdenciário	108
5.2. O perfil do funcionalismo federal brasileiro e o impacto de sua atividade sobre a população	113
6. SOCIOLOGIA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO	119
6.1. O "papel de doente" e a história natural da doença no campo previdenciário	124
6.2. Uma breve caracterização dos segurados da previdência social brasileira..	141
7. A PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA.....	155
7.1. O surgimento da perícia médica no campo previdenciário	155
7.2. O agente perito médico no campo previdenciário.....	173
7.3. O roteiro da concessão do benefício por incapacidade	195

PARTE II – PESQUISA DE CAMPO E RESULTADOS EMPÍRICOS	211
9. PESQUISA DE CAMPO	242
9.1. Resultados e discussão	253
9.1.1. <i>Demografia dos servidores administrativos</i>	253
9.1.2. <i>Ethos dos servidores administrativos em relação ao INSS</i>	257
9.1.3. <i>Ethos dos servidores administrativos a respeito da perícia médica previdenciária</i>	259
9.1.4. <i>Demografia dos peritos médicos</i>	260
9.1.5. <i>Peritos por SR</i>	263
9.2. Comparações entre peritos médicos e servidores administrativos	285
CONCLUSÕES	286
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	294
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS	324
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS E OS GERENTES	330
APÊNDICE 3 – TABELAS DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS	334
Tabelas de frequências das respostas dos servidores administrativos	334
Tabelas de frequências das respostas dos peritos médicos	343
APÊNDICE 4 – GRÁFICOS DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS	365
ANEXO A – ESTRUTURA DE CLASSES E PADRÕES DA CARREIRA DE PERITO MÉDICO PREVIDENCIÁRIO E DA CARREIRA DE SUPERVISOR MÉDICO PERICIAL	403

ANEXO B – RELAÇÃO DAS SUPERINTENDÊNCIAS REGIONAIS DO INSS, COM ESTADOS ABRANGIDOS E SUAS RESPECTIVAS GERÊNCIAS EXECUTIVAS.	404
ANEXO C – EXEMPLO DE SIMA	407
ANEXO D – EXEMPLO DE CRER.....	408
ANEXO E – MANIFESTAÇÃO DA SUPERINTENDENTE REGIONAL SUL CONTRÁRIA AO AFASTAMENTO DO AUTOR PARA CURSAR DOUTORADO NO PAÍS	409
ANEXO F – MAPA ESTRATÉGICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (2009-2015)	410

INTRODUÇÃO

[...] Theoretical or empirical treatments of public policy that fail to account for the street-level adaptation of formal policy risk mis-specifying the “policy” that was actually implemented; studies of front-line workers that fail to account for the context in which they work risk assigning to street-level workers credit (or blame) for policy outcomes over which they have little control² (MEYERS & VORSANGER, 2003, p. 2016).

Depois de quase um século de existência, a seguridade social brasileira avançou muito em complexidade estrutural e nos objetivos que persegue, atingindo mais e mais grupos com as mais variadas demandas e necessidades. Apesar de ser alvo de reiteradas críticas, a proteção social oferecida pelo Brasil recentemente foi considerada como sendo uma das 20% melhores do mundo, igualando-se à do Reino Unido e à frente da seguridade social de nações como a Argentina, o Canadá e o México (DIXON, 2000). Além disso, a seguridade social no Brasil, ao ampliar progressivamente, ao longo da última década, a cobertura previdenciária, foi capaz de atender (talvez involuntariamente) a “estratégia bidimensional de cobertura da seguridade social”, proposta pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), de 2011 (OIT, 2012), e tornar-se um “elemento chave para o desenvolvimento social e econômico de longo prazo”, cumprindo seu propósito de ser um instrumento de justiça social (ISSA, s/d). A “estratégia bidimensional” da OIT consiste em que os países membros persigam dois eixos de cobertura previdenciária: (I) o estabelecimento e a manutenção de pisos mínimos de proteção social e (II) a busca de padrões progressivamente mais altos de seguridade para o maior número de pessoas. Assim, o piso de proteção seria constituído pela atenção à saúde universal e por programas de renda mínima para toda a população, enquanto os níveis seguintes seriam representados por benefícios previdenciários e a seguridade social voluntária. Nesse sentido, o Brasil atingiu, ao menos em princípio, o mais alto padrão de cobertura previdenciária.

² “Os tratamentos teóricos ou empíricos das políticas públicas falham em dar conta da adaptação de nível de rua que se dá na política formal – arriscam compreender erroneamente a ‘política’ que foi realmente implementada; estudos dos trabalhadores da linha de frente que não conseguem explicar o contexto onde eles trabalham correm o risco de atribuir aos trabalhadores de nível da rua os créditos (ou a culpa) para os resultados das políticas sobre os quais têm pouco controle”. Todas as traduções foram feitas pelo autor, livremente.

Enquanto o padrão mínimo é constituído por programas de saúde universal e de saúde dirigidas a grupos específicos (sob a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS)) e por programas assistenciais de transferência de renda, o segundo nível de cobertura é ofertado para a imensa maioria da população brasileira pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) por meio de seus diversos benefícios de carácter contributivo (a seguridade voluntária corresponde aos planos de previdência privada, cuja gestão é regulada pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc), autarquia ligada ao Ministério da Previdência Social).

Essa enorme estrutura de seguridade social (e, mais especificamente, de previdência social) corresponde uma complexa rede de relações sociais envolvendo inúmeros agentes individuais e coletivos que constitui o que denominamos de “campo previdenciário”, conceito que está esmiuçado na parte I desta pesquisa. Por ora basta mencionar que a sua complexidade já foi objeto de estudo de áreas do conhecimento com variados graus de profundidade. Sabe-se quanto é gasto, quais as fontes de arrecadação, os resultados das políticas de seguridade para os grupos aos quais se destinam e quem são as pessoas que mais se beneficiam das ações públicas.

Apesar disso, ainda não se conhece o papel desempenhado pelos médicos peritos da previdência social em detalhes, qual é o seu *habitus* ou como se dá o recrutamento e incorporação desse *habitus* pelos médicos. As informações existentes sobre a perícia médica ultrapassam em pouco a cobertura jornalística, habitualmente abordando a fila para a perícia médica do INSS, movimentos paredistas etc. De modo geral são notícias que exploram o sofisma do espantalho partindo de lugares comuns igualmente baseados em descrições do tipo espantalho³; essas descrições não infreqüentemente são usadas com fins políticos, inclusive por grupos ligados ao partido trabalhista hegemônico no Brasil desde 2002. Esta tese propõe-se a lançar um pouco de luz sobre esse aspecto mal compreendido da seguridade social brasileira.

³ O “sofisma do espantalho” consiste em caricaturar uma perspectiva de que se discorda, simplificando-a ao extremo; a crítica é feita considerando a versão simplificada e caricaturada, não a versão original, mais complexa, das ideias em questão.

Esta tese é o resultado do interesse do autor em compreender melhor o fenômeno social da perícia médica previdenciária e suas relações dentro do campo previdenciário com os demais agentes coletivos. O cotidiano em uma agência da previdência social (APS) da Região Metropolitana de Curitiba, após um breve período na Baixada Fluminense, revelou o intenso contraste dos exercícios profissionais do médico perito do INSS e do médico assistente; é um contraste inconcebível e inimaginável por quem não está dentro do INSS. Na verdade, é um contraste mal compreendido até mesmo por servidores administrativos lotados em postos de direção e que trabalham na autarquia há várias décadas, que muitas vezes afirmam categoricamente que não há qualquer diferença entre o perito e o médico assistente e que as relações médico-paciente e perito médico-segurado são idênticas.

Da mesma forma que um calouro do curso de graduação em Medicina rapidamente incorpora o *habitus* dos estudantes de Medicina, vindo a diferir em comportamentos, linguajar, vestuário e posturas intelectuais de, por exemplo, alunos do curso de História, o médico recém-admitido como perito do INSS identifica-se com o *ethos* dos colegas peritos, assumindo-o como seu. Durante um período variável, habitualmente entre seis e 12 meses, a ingenuidade inicial, que concebe o segurado como uma pessoa sempre bem intencionada, cede lugar à percepção de que esse segurado busca a sua própria realização material durante a consulta com o perito da previdência. A ingenuidade de achar que o segurado procura necessariamente a sua cura (ou a melhora sintomática) deixa de existir, cedendo lugar para a constatação de que o segurado tem mais chances de receber um substituto – ou complemento – ao salário se perpetuar a sua doença. O contato com os colegas médicos, os que não trabalham fazendo perícia previdenciária, transforma-se indelevelmente e assume uma postura também de desconfiança, pois muitos médicos assistentes mantêm sua clientela a partir do fornecimento de atestados para que seus clientes obtenham benefícios previdenciários.

Essa transformação dá-se concomitantemente a uma rotina de cobranças, em geral negativas e acusatórias, vindo de várias frentes; é nesse momento que o perito toma contato com a Ouvidoria do INSS, com as comissões de ética médica e com os processos éticos junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM) e com a atuação de advogado do segurado característica do Ministério Público Federal (MPF). As

exigências de atenção a uma infinidade de tecnicismos legais e de detalhes justificados pela “defesa da instituição” contrapõem-se à exigência de produtividade diária e de diminuição da fila para a perícia. A responsabilidade pelo bom funcionamento do sistema é transferida de modo individual para o servidor de ponta e reforçada poderosamente quando o seu salário é atrelado ao tamanho da fila. O *habitus* do perito é incorporado em função e em resposta a essa complexa realidade.

O texto da tese seguiu o nosso percurso mental durante o curso de doutorado para a compreensão sociológica da perícia médica do INSS. Essa é uma das explicações para o percurso teórico escolhido, ao mesmo tempo histórico e lógico: uma explicação sócio-histórica do tipo “grande narrativa” ruma à análise da concretude do dia-a-dia do perito médico em meio ao sistema de seguridade social brasileiro contemporâneo.

Tomando-se como ponto de partida a teoria de Bourdieu dos campos e a noção de *habitus*, as relações de poder e os conflitos que envolvem a prática da perícia médica previdenciária poderão ser compreendidas e esmiuçadas. Para isso, situaremos a perícia médica dentro do campo previdenciário, espaço social em que os peritos médicos interagem com diversos outros grupos, mais ou menos bem definidos e caracterizáveis, dependendo dos agentes que os compõem. Os mais importantes são os usuários da previdência social (ou clientes, ou segurados) e os funcionários administrativos da previdência social; em segundo lugar (mas não necessariamente menos importantes), há os grupos e agentes que se relacionam mais diretamente com cada um dos grupos principais⁴. Assim, temos que, relacionando-se com os peritos médicos, há os conselhos disciplinadores profissionais (Conselhos Federal e Regional de Medicina), o próprio empregador (tanto o governo federal⁵ quanto o INSS) e o Ministério Público Federal. Os grupos que gravitam em torno dos usuários são a instituição INSS, as várias instâncias do poder Judiciário e, novamente, o Ministério Público Federal; os funcionários

⁴ Essa ordenação não se refere à importância da intervenção dos grupos na vida cotidiana; antes, trata-se de relacionar operacionalmente quais agentes interagem mais diretamente com o corpo pericial e cujas relações de conflito com os peritos são mais nítidas.

⁵ Quando nos referirmos ao governo federal, teremos em mente as diversas repartições que influenciam de alguma forma a perícia previdenciária (Presidência da República, Ministério da Previdência Social (MPS), Casa Civil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG)). A menos que alguma dessas autarquias seja nominada, a expressão “governo federal” refere-se a todas elas indistintamente.

administrativos interagem com o INSS, com o governo federal e, ocasionalmente, com o Ministério Público Federal.

Uma das etapas iniciais para a caracterização do campo previdenciário será a narração e a compreensão da sua evolução histórica. Por meio dela será possível determinar a sua progressiva autonomia em relação aos demais campos, “compreendida [a autonomização] como um processo de depuração em que cada gênero se orienta para aquilo que o distingue e o define de modo exclusivo, para além mesmo dos sinais exteriores, socialmente conhecidos e reconhecidos da sua identidade” (BOURDIEU, 2009). Na busca pela caracterização do nosso objeto, devemos explorar outros aspectos também estruturantes do campo previdenciário. A seguridade social brasileira, como manifestação de uma política pública de caráter social, é operacionalizada por funcionários públicos, isto é, por burocratas de diferentes níveis e funções, das quais a perícia médica previdenciária é um dos seus representantes.

A caracterização da burocracia por Weber, como será visto mais detidamente no capítulo 3, é baseada no seu método de construção de tipos ideais e mostra o burocrata como um funcionário especializado com estrito senso de dever, submetido a regras e normas explícitas, assalariado pelo Estado e que separa claramente a sua vida profissional da sua vida privada (WEBER, 1982). Sociólogos posteriores, como Robert Merton, Martin Lipset e Reinhardt Bendix, avançaram na compreensão do fenômeno da burocracia ao mostrarem que os servidores públicos não se limitam a obedecer cegamente às determinações de suas chefias, mas, ao invés, chocam-se com os grupos no exercício do poder Executivo por terem seus próprios interesses ou, ao contrário, são usados por esses mesmos grupos para fins partidários ou pessoais (LIPSET, 1952). A atividade burocrática sempre foi associada ao exercício do poder (como não poderia deixar de ser); Bendix (1952) mostra como o burocrata contemporâneo trabalha como a mão executiva da classe no poder (independentemente de qual seja essa classe – tanto pode ser a burguesia quanto pode ser o proletariado), tal qual os representantes do poder real exerciam a justiça e faziam a cobrança dos impostos em nome da autoridade central, conforme descrito longamente por Elias (1993)⁶.

⁶ O próprio Bourdieu, ao estudar a gênese e o desenvolvimento do campo burocrático, usa explicitamente os conceitos e a historiografia de Elias (BOURDIEU, WACQUANT & FARAGE, 1994).

O funcionário público civil vê-se às voltas com inúmeras situações *sui generis* que são, ao mesmo tempo, causa e efeito das relações sociais específicas existentes em seus ambientes de trabalho. A burocracia cotidiana das repartições divide o tempo dos servidores com um conjunto de situações distintivas: conflitos entre as exigências burocráticas e as demandas políticas, a pressão – e por vezes interferência – dos meios de comunicação, mudanças na orientação política dos dirigentes de primeiro e segundo escalões, cobranças de produtividade e eficiência baseadas na experiência da iniciativa privada e imagem negativa na sociedade (CARNEIRO, 2011).

Mais recentemente, o servidor público de ponta, aquele que é responsável diretamente pelo atendimento do tomador dos serviços públicos, tornou-se o foco do estudo sociológico (e que será o objeto da nossa análise). Quem estudou decisivamente o burocrata de ponta e que descreveu as “regras do jogo” do seu campo foi Lipsky (1980), para quem as ações do servidor de ponta – como é o caso da perícia médica – são *de fato* as políticas públicas oferecidas à população; a partir desse aspecto fundamental há toda uma série de consequências para todos os envolvidos no serviço público. Assim, podemos considerar a descrição que Lipsky faz do ambiente e da mentalidade do burocrata como bons pontos de partida para uma investigação sociológica que lance mão da teoria dos campos bourdieusiana.

* * *

A pesquisa parte da assunção fundamental de que o *habitus* do perito médico previdenciário é formado pela interrelação de três dimensões, quais sejam: (i) a formação médica, (ii) a prática como burocrata de nível de rua e (iii) o processo (individual e) coletivo de consolidação e profissionalização da perícia médica dentro do INSS. A partir dessa hipótese central, perseguem-se tem três objetivos principais, quais sejam: (i) o teste das hipóteses discutidas adiante (incluindo a assunção fundamental), (ii) a descrição de um campo social (o previdenciário) e (iii) o estudo do *habitus* da perícia médica previdenciária e a sua inserção no campo previdenciário. Como esperamos que fique claro ao longo do texto, a compreensão do *habitus* pericial médico previdenciário precisa ser precedida pela descrição do

ambiente em que se insere, isto é, do campo previdenciário, o que supõe a menção a outros agentes desse mesmo campo.

Esses objetivos são perseguidos a partir da teoria dos campos sociais de Pierre Bourdieu, que é apresentada e discutida em seus principais conceitos. Após essa etapa, torna-se possível aplicar o arsenal metodológico bourdieusiano no estudo do que denominaremos doravante de campo previdenciário e, com maior atenção, o grupo dos peritos médicos previdenciários do INSS, que é, enfim, um dos agentes coletivos do campo previdenciário. Essa área da ação humana será tratada como um caso específico da teoria dos campos bourdieusianos; as características dos campos em geral – as homologias estruturais e funcionais comungadas entre eles – serão discutidas aprofundadamente no capítulo destinado ao arsenal teórico bourdieusiano. Tendo em mente que nossa preocupação é a identificação e o aprofundamento da compreensão sobre as “leis” e “constantes” específicas da esfera previdenciária brasileira, veremos as diversas configurações que a previdência brasileira assumiu ao longo do tempo, ressaltando o que o caso brasileiro tem de próprio em relação ao estudo dos sistemas de seguridade social (e de concessão de benefícios por incapacidade) de algumas nações estrangeiras.

Bourdieu comentou que

To analyse the different fields (religious field, scientific field, etc.) in the different configurations in which they may appear according to the era and to national traditions, treating each of them as a *particular* case in the true sense, that is, as a case which figures among other possible configurations, is to give the comparative method its full effectiveness⁷ (BOURDIEU, 2000, p. 183; grifo no original).

Essa sua recomendação é a justificativa para perscrutarmos o *Welfare State*, a burocracia, a profissão médica e fazermos uma pequena historiografia da previdência social e da perícia médica no Brasil. A previdência social é uma das inúmeras políticas públicas de corte social, certamente uma das mais importantes, e está tradicionalmente identificada com o Estado do bem estar social, isto é, com o

⁷ “Analisar os diferentes campos [...] nas diferentes configurações nas quais eles podem aparecer de acordo com a época e com as tradições nacionais, tratando cada um como um *caso particular* no sentido verdadeiro, isto é, como um caso que figura entre outras configurações possíveis, é dar ao método comparativo a sua efetividade completa”.

Welfare State; por outro lado, compreender o *Welfare State* é compreender os traços mais amplos que dão forma à previdência social – ou, para usar o léxico bourdieusiano, as suas “leis internas” e as “constantes”. Da mesma forma, como a atividade pericial médica previdenciária é a interface entre a prática médica e a burocrática, fato visto no Brasil com muita agudeza mas também em outros países (embora com menor intensidade), faz-se útil debruçarmo-nos sobre a Sociologia da Burocracia.

Os capitais existentes no campo previdenciário brasileiro e as disputas dos vários agentes por esses capitais serão abordadas por meio da análise das relações objetivas, geralmente conflituosas, de mando entre o INSS sobre os peritos médicos previdenciários. Com esse objetivo aplicamos questionários dirigidos tanto para os peritos médicos quanto para servidores administrativos do INSS. As perguntas formuladas nos questionários visaram também ao aprofundamento do *habitus* pericial, assunto que já pode ser entrevisto quando estudamos os diversos aspectos da previdência social brasileira.

Debruçamo-nos também sobre outros agentes do campo previdenciário pois não é possível entender como agem os peritos se não se compreende sobre e com quem eles agem e interagem. Por essa razão destinamos algumas linhas a entender quem é o segurado do INSS que o perito médico atende, quais são as suas motivações e quais são os processos sociais em que entram em contato com os peritos médicos.

Empregamos várias formas de abordagem e estudo nesta pesquisa; alguns capítulos foram escritos na forma de revisão teórica (como os sobre Pierre Bourdieu ou sobre a burocracia do nível de rua), outros como revisão teórica e histórica (no caso do *Welfare State*) ou ainda somente historiográfica (caso da seguridade social brasileira). Fizemos uma pesquisa empírica, de campo, por meio de questionários *online*, dirigidos a todos os servidores do INSS para tentar responder de modo mais claro a “como se dão as relações de poder e de conflito entre os peritos médicos e o INSS”; a discussão sobre os métodos e procedimentos dessa etapa são apresentados em capítulo específico.

Essa miríade de perspectivas, longe de sugerir uma indefinição dos propósitos ou métodos da pesquisa, visa a alargar o escopo do estudo e tornar as respostas que buscamos tão convincentes e sólidas quanto possível, isto é,

buscamos construir e compreender nosso objeto de estudo por vários ângulos. Entendemos que o comprometimento de nossa pesquisa não é com tal ou qual metodologia senão com a busca do entendimento do fenômeno social “perícia médica previdenciária” no campo previdenciário a partir de procedimentos de pesquisa científicos. É dessa forma que também procuramos evitar o “etnocentrismo” do sociólogo (BOURDIEU, CHAMBOREDON & PASSERON, 2010), tentando fugir dos vieses de grupos sociais nos quais estamos inevitavelmente imersos.

Hipóteses de trabalho

Usamos alguns pressupostos teóricos que foram postos à prova e confrontados com a empiria ao longo das investigações. A hipótese central e mais relevante é a de que o *habitus* da perícia médica previdenciária desenvolve-se por meio do processo de transformação de médico em burocrata de nível de rua, pela rotina de atendimento dos segurados e pelo relacionamento com os servidores administrativos. O *habitus* do perito médico existe somente dentro do campo previdenciário e forma-se como uma resposta a ele. A *doxa* pericial médica contrasta com a de seus pares assistentes em diversos aspectos fundamentais, dentre as quais o respeito aos códigos normativos da autarquia, cuja consequência é a postura menos voltada para a satisfação do cliente e mais para a obediência às normas legais. Além disso, a ética pericial enfatiza a busca da justiça social em termos de distribuição de benefícios baseada na igualdade dos cidadãos, diferentemente do médico assistente, que se volta para o seu paciente individualmente.

Esses traços permitem à perícia médica previdenciária ocupar um *locus* específico dentro do sistema de seguridade social. Adicionalmente à sua função explícita de realizar a avaliação da capacidade para o trabalho dos usuários do INSS segundo o estabelecido pela legislação previdenciária, o médico do INSS serve como *gatekeeper* da previdência social, ou seja, é o agente responsável por fazer a triagem dos chamados “caronistas” e “míopes”. O exercício dessas funções supõe a existência de um determinado poder sobre a vida dos cidadãos que rompe com o

“papel de doente” (*sick role*) desempenhado pelo segurado e com as expectativas que acompanham o papel de doente. A relação entre o perito médico previdenciário e o usuário da previdência, portanto, tem uma natureza essencialmente conflituosa.

A quantidade de capital simbólico que a perícia tem ao seu dispor dentro do campo previdenciário é desproporcionalmente inferior à sua importância relativa dentro desse mesmo campo (cada vez maior) e a autarquia atua no sentido de frear os esforços da perícia médica em aumentar o seu capital disponível.

Nos próximos capítulos deter-nos-emos com mais vagar em cada um desses aspectos (burocracia, Welfare State, seguridade social brasileira) enquanto nossas hipóteses serão postas à prova.

PARTE I – ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS

1. O ARSENAL METODOLÓGICO DE PIERRE BOURDIEU

Nesta primeira parte serão abordadas as bases conceituais que explicam esta pesquisa. Procuramos discutir, sucessivamente, por uma questão de lógica, do assunto mais geral para o mais específico e mais relacionado ao nosso objeto – ou seja, a teoria dos campos de Pierre Bourdieu, o *Welfare State* e a Sociologia da burocracia. Assim, esta parte é fortemente teórica e histórica e faz uma revisão ampla da literatura que aborda cada um desses temas.

A atenção dada às ideias de P. Bourdieu explica-se porque elas constituem o modelo empregado para explicar simultaneamente e de modo coerente a ação da perícia médica previdenciária – uma especialidade médica mas também uma manifestação da burocracia do *Welfare State* brasileiro – e seus conflitos com outros agentes coletivos, bem como quais são suas características sociológicas específicas que permitem compreender as posições assumidas nesses conflitos. Pelo fato de a perícia médica previdenciária responder a uma necessidade surgida com a expansão das políticas públicas de corte social, decidimos ocuparmo-nos um pouco com o *Welfare State* em geral, inicialmente, e depois com o caso brasileiro em particular, por motivos evidentes. Se a perícia médica previdenciária é uma das formas pelas quais o governo federal brasileiro oferece bens e serviços à população, ela fá-lo integrando o extenso corpo burocrático nacional. A Sociologia da Burocracia permite-nos compreender outros aspectos do *habitus* da perícia; isso se torna mais evidente quando nos debruçamos sobre os burocratas do nível de rua, um tipo específico de burocracia.

Dentro do pensamento teórico bourdieusiano alguns conceitos ocupam lugar de destaque por serem a partir dos quais a sua produção sociológica foi desenvolvida; entre esses conceitos estão os de “campo”, de “*habitus*” e de “capital”. Além disso, a teoria dos campos de Pierre Bourdieu permite o estudo empírico de situações que envolvem análises de níveis “micro” e mesossociológicos, no sentido que Robert Merton (1949) compreendia-as, isto é, como uma teoria situada entre as hipóteses explicativas da miríade de dados obtidos na pesquisa empírica e as “grandes” teorias que organizam as uniformidades observadas no comportamento social, na organização social e na mudança social. Cada conceito da teoria dos campos de Bourdieu será esmiuçado separadamente, tentando-se, todavia, articulá-

los entre si à medida em que são desenvolvidos e explicados, permitindo compreender-se o método de estudo de Bourdieu como um todo coerente e reflexivo.

A ideia de campo relaciona-se a uma determinada área da ação humana, regulada por suas leis internas, em que agentes e grupos interagem entre si, disputando a posse das diversas formas de capital (simbólico, econômico, social etc.); a delimitação do campo dá-se pelos valores e formas de capital que os sustentam (THIRY-CHERQUES, 2006). O entendimento que Bourdieu tinha dos diversos campos sociais aproxima-se de um esquema geométrico

de posições tal que qualquer posição atual pode ser definida em função de um sistema multidimensional de coordenadas cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes: os agentes distribuem-se assim nele, na primeira dimensão, segundo o volume global do capital que possuem e, na segunda dimensão, segundo a composição do seu capital – quer dizer, segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto de suas posses (BOURDIEU, 2011a, p. 135).

Assim, dentro de um campo, os agentes e grupos relacionam-se entre si de modo determinado e específico a partir de posições também específicas de tal forma que uns enfrentam outros com maior ou menor intensidade, motivados pela busca do acúmulo de capital, o que determina as mudanças de posição dos agentes no campo. As relações objetivas de relacionamento entre os agentes moldam o campo em que eles enfrentam-se e criam as suas leis de funcionamento. O que um agente, individual ou coletivo, pode fazer ou que é impedido de realizar é determinado, em grande parte, pela posição que ocupa nessa “estrutura de relações objetivas” (BOURDIEU, 2000, p. 181-183; 2004, p. 23).

Pierre Bourdieu entende as classes sociais de modo bastante instrumental; para ele, não há classes sociais *de fato* na sociedade, apenas construtos teóricos formulados pelo pesquisador a partir dos dados empíricos que lhe interessa investigar, obtidos do espaço social. As classes bourdieusianas, portanto, surgem como uma decisão do sociólogo, que não admite, *a priori*, a existência de agrupamentos de pessoas orientados ideologicamente. Em vez disso, as classes são caracterizadas dentro do espaço social⁸ a partir dos “dois principais

⁸ Em algumas obras, como em *Razões práticas* (2008), Bourdieu chama os campos sociais de

determinantes das práticas”, que são o capital econômico e o capital cultural, e devem permitir a agrupação de certos agentes, distinguindo-os de outros agentes e outras classes, cujas propriedades “pareçam-se entre si e que sejam tão diferentes quanto possível dos integrantes de outras classes, vizinhas ou distantes” (BOURDIEU, 2008, p. 24).

Convém notar, no entanto, que ao enfatizar o capital econômico e falar em classes, Bourdieu não toma os fenômenos econômicos como sendo os determinantes das demais manifestações sociais, como se admite no marxismo. Antes, o campo econômico é compreendido como um “caso particular da teoria geral dos campos” (BOURDIEU, 2000, p. 183).

Logo, os campos bourdieusianos descrevem a ação humana como sendo relacional, recursiva e reflexiva. É *relacional* porque são constituídos, como dito acima, por agentes que disputam os espaços dentro do campo em busca das várias formas de capital existentes nele. É *reflexiva* porque se acompanha da sua própria interpretação em torno da qual a relação entre os agentes e a sociedade é organizada. É *recursiva* porque há uma historicidade nas disputas dentro dos campos (KEMPER, 2001).

A estrutura do campo, por sua vez, sofre influência do modo como o capital específico desse campo está organizado e distribuído entre os agentes pertencentes ao campo. O *quantum* de capital que cada agente detém, individual ou coletivamente, e a composição desse capital agem sobre os demais agentes, conformando a estrutura do campo. É em seu interior que os agentes manifestam suas estratégias que visam, de um lado, tanto a manter a estrutura de relações do campo quanto a alterá-la e, de outro lado, a conservar ou a modificar as suas próprias posições relativas dentro do campo – posições que são dadas em função da composição de seu capital e do seu peso em relação aos demais agentes (BOURDIEU, 2004, p. 29).

Em um campo, os agentes ocupam posições diferentes que são determinadas a partir do volume total de capital possuído e da quantidade de cada capital específico que compõe o volume total, notadamente os tipos econômico e cultural (BOURDIEU, 2009, p. 154). Essas posições relativas dentro do campo são

“espaços sociais”.

delimitadas em termos de oposições, semelhantemente à abordagem estruturalista, porém não limitada a pares ou trios como professor-aluno, autor-agente literário-revisor, juiz-júri-réu (HANKS, 2005).

Os campos exibem algumas propriedades como a capacidade de interagir entre si, de dividir entre si os seus integrantes, de possuírem subcampos com suas lógicas internas e, talvez a mais importante, o seu caráter histórico, isto é, a capacidade que cada campo tem de evoluir e modificar suas regras e capitais simbólicos ao longo do tempo, conferindo aos seus elementos um sentido e, no dizer de Bourdieu, uma necessidade. Além disso, as regras de funcionamento dos campos são, elas mesmas, objeto de disputa. Os campos possuem um certo grau de autonomia – refratariedade, no dizer de Bourdieu – em relação às influências externas, como, por exemplo, pressões políticas. Assim, um campo com grande autonomia é capaz de assimilar imposições externas transformando-as em um evento ou norma que exhibe, uma vez dentro do campo, as feições do próprio campo (BOURDIEU, 2004, p. 22).

Avançando na teoria dos campos, deve-se voltar a atenção para o conceito chave de capital⁹, conceito de apreensão intuitiva mas cuja complexidade confere ao pensamento bourdieusiano grande parte da sua força explicativa. Para Pierre Bourdieu, o capital representa

um poder sobre um campo [...], sobre o produto acumulado do trabalho passado (em particular sobre o conjunto dos instrumentos de produção), logo sobre os mecanismos que contribuem para assegurar a produção de uma categoria de bens e, deste modo, sobre um conjunto de rendimentos e ganhos. As espécies de capital [...] são os poderes que definem as probabilidades de ganho num campo determinado (de fato, a cada campo ou subcampo corresponde uma espécie de capital particular, que ocorre, como poder e como coisa em jogo, nesse campo) (BOURDIEU, 2011a, p. 135).

Em cada campo há, portanto, formas específicas de capital que são possuídos e disputados pelos agentes integrantes desse campo. O capital pode

⁹ Ao falar de capital ou de luta simbólica entre os agentes ou grupos, Bourdieu toma emprestado do léxico marxista diversos termos, adaptando-os ao seu sistema de análise e expandindo a sua abrangência conceitual. Como já indicamos, Bourdieu não faz dos fenômenos econômicos a dimensão que determina todas as demais ou da luta de classes o “motor da história”, embora reconheça a influência fundamental que o capital econômico desempenha sobre os demais.

existir tanto na forma “objetivada”, caso da posse de bens materiais, quanto na forma abstrata, quando o agente detém um determinado estatuto relativo a seus pares de campo. É com esses sentidos que Bourdieu cita mais detidamente, em seus estudos, os tipos de capitais econômico, cultural, social e simbólico. O capital simbólico é explicado em termos de “prestígio, reputação, fama etc., que é a forma percebida e reconhecida como legítima das diferentes espécies de capital” (BOURDIEU, 2011a, p. 135).

Tendo em vista a importância que o capital simbólico assume no aparato conceitual bourdieusiano, o que é perceptível não apenas pelo maior número de citações, como também pelo destaque recebido em termos de objeto de análise, teórica e empírica¹⁰, convém esmiuçar um pouco mais essa categoria analítica. Bourdieu compreende o poder simbólico como uma forma transformada das demais formas de poder; “não é outra coisa senão o capital econômico ou cultural quando conhecido e reconhecido [...] segundo as categorias de percepção que ele impõe” (BOURDIEU, 2011a, p. 15; cf. também BOURDIEU, 2009, p. 163) e a partir do qual se dão “as lutas simbólicas pelo poder de produzir e impor a visão de mundo legítima” (BOURDIEU, 2009, p. 161). Tais lutas simbólicas dão-se em vários níveis e dimensões; elas podem ser objetivas, voltadas para alterar a representação, individual ou coletiva, que se tem da percepção da realidade, como quando, por exemplo, um movimento paredista consegue mobilizar grande número de trabalhadores, sendo capaz, dessa forma, de demonstrar seu tamanho e sua unidade; ou elas podem ser subjetivas, quando o objeto da luta simbólica são as “categorias de percepção do mundo social”. Nesse sentido o sistema educacional desempenha papel fundamental ao moldar as visões da realidade social, seja retrospectivamente (explicando como os eventos passados conduziram ao *status quo* atual) ou prospectivamente (justificando as ações atuais a partir da predição do futuro) (BOURDIEU, 2009, p. 161-162).

Em um campo social, a legitimação de sua estrutura é muito mais o resultado do emprego de diferentes estratégias sobre as estruturas de percepção do mundo social do que a ação positiva de convencimento de alguns agentes sobre outros (BOURDIEU, 2009, p. 163); em outras palavras, a legitimação da estrutura

¹⁰ Lembramos que diversos livros de Bourdieu enfocaram especificamente o capital (ou poder) simbólico (BOURDIEU, 2008b; 2011a; 2011b).

relaciona-se ao *doxa*, componente do *habitus* associado à aceitação ou internalização do poder simbólico ou da violência simbólica existente no campo e que atuam sobre determinados agentes (BOURDIEU & EAGLETON, 1996, p. 268).

Em cada campo social específico, os capitais tendem a reproduzir-se segundo diferentes modos de reprodução. Ao discutir o sistema educacional francês – um dos temas mais caros para Bourdieu –, ele caracterizou os modos de reprodução do capital cultural como sendo a relação entre as estratégias das famílias e a lógica específica das escolas. As famílias desenvolveriam estratégias de perpetuação do seu estatuto social, portanto seus privilégios e poderes, a partir do que ele chama de “estratégias de reprodução”, isto é, expedientes relativos a fecundidade, matrimônio, herança, economia familiar e educação. Na situação específica do ensino francês, a ênfase sobre a educação seria proporcional ao “capital cultural” da família (BOURDIEU, 2008a, p. 35-36).

Por outro lado, as estratégias de reprodução do capital cultural das escolas envolveriam a ordenação e a consagração por meio de títulos acadêmicos e de concursos, forma racional de seleção que permite manter o viés de diferenciação social, anteriormente representado pela nobreza de sangue, agora constituída pela chamada nobreza escolar. Assim, a partir do século XVIII, desenvolveram-se instituições de ensino que, simultaneamente à constituição do aparato burocrático estatal, permitiram a parcelas da burguesia alterar seu estatuto nas relações sociais do antigo regime, tornando-se a “burguesia togada”, em oposição aos grupos hegemônicos (nobres e clero, o que Bourdieu chama de “nobreza togada”), tomando para si a defesa de uma ideologia do mérito e do “moderno serviço público, do bem comum e da coisa pública” (BOURDIEU, 2008a, p. 38-41). No Brasil, a defesa da ideologia da burocracia estatal calcada no mérito tem início sobretudo a partir do primeiro governo de Getúlio Vargas; durante o regime ditatorial militar instaurado em 1964, os burocratas defensores dessa ideologia seriam conhecidos como “tecnocratas”.

Esses grupos hegemônicos dentro do campo exercem seu poder por meio também do que Bourdieu chama de “violência simbólica”, isto é, a imposição de significados específicos como forma de legitimar-se ao mesmo tempo em que se dissimulam as relações de poder entre os agentes do campo (LAMONT, 2001). Nas palavras do próprio Bourdieu:

Symbolic violence is performed through an act of misrecognition and recognition which lies outside the controls of consciousness and will, in the obscurity of the practical schemes of the habitus. The work of socialization tends to achieve a somatization of relations of domination [...] and then through the inculcation of a bodily hexis which is a kind of internalized politics¹¹ (BOURDIEU, 1990).

Ao usar o termo “estratégias”, Bourdieu dialoga com Lévi-Strauss quando discute as regras do matrimônio nas sociedades tradicionais, usadas como exemplo do seu entendimento sobre as regras dos campos: é preciso ultrapassar o registro das normas explícitas e lições características da pesquisa etnográfica e buscar apreender as regularidades existentes na sociedade, sem se limitar às suas regras. Bourdieu substitui o conceito de “regras matrimoniais” de Lévi-Strauss pelo de “estratégias” e faz uso disso também para investigar costumes matrimoniais de populações tradicionais (os cabilas, do Norte do continente africano). Enquanto o pensamento lévi-straussiano sintetiza as inúmeras situações matrimoniais passíveis de ocorrência entre as sociedades de estruturas elementares com três soluções básicas, a partir das quais os exemplos individuais poderiam ser inferidos, dentro de um sistema abstrato e lógico (LÉVI-STRAUSS & ERIBON, 2005), a concepção bourdieusiana, sem negar as regras mas procurando ultrapassar o cálculo racional e consciente, entende as estratégias como o “senso prático como sentido do jogo”, como a “infinidade de atos do jogo que estão inscritos no jogo em estado de possibilidades e de exigências objetivas, as coações e as exigências do jogo, ainda que não estejam reunidas num código de regras” (BOURDIEU, 2009, p. 81-82)¹².

Uma vez discutidos os conceitos de campo, capital e estratégia, torna-se possível seguir para a terceira ideia central no pensamento de Bourdieu, isto é, a noção de *habitus*. Esse é, sem dúvida, o conceito bourdieusiano mais discutido na literatura sociológica. Bourdieu criou-o como uma forma de ultrapassar o dualismo entre agência e estrutura, unindo as duas noções em uma só, e reintroduzindo o

¹¹ “A violência simbólica é produzida por um ato de ‘mau reconhecimento’ e reconhecimento que jaz for a dos controles da consciência e da vontade, na obscuridade dos esquemas práticos do *habitus*. O trabalho de socialização tende a atingir uma somatização das relações de dominação [...] e então pela inculcação de uma *hexis* corporal que é uma espécie de política internalizada”.

¹² A respeito da discussão entre regras e estratégias, o próprio Lévi-Strauss comenta que os estudos antropológicos que Bourdieu fez na África “são notáveis” e admite existir tanto regras quanto estratégias e, concordando com Bourdieu, as estratégias tendem a seguir as normais sociais (LÉVI-STRAUSS & ERIBON, 2005, p. 149).

sujeito na Sociologia – o que fora posto de lado pelo estruturalismo lévi-straussiano, pelo marxismo e pela Sociologia durkheimiana (BOURDIEU, 2009, p. 21): “o agente, a ação, a prática e talvez a proximidade do observador com os agentes e com a prática, a recusa do olhar distante, que não deixam de ter afinidade com disposições e posições não só teóricas mas também práticas” (BOURDIEU, 2009, p. 80), contrapondo-se às escolhas entre agente e estrutura, objetivismo e subjetivismo, “fatos sociais como coisas” e representações individuais dos agentes. É interessante notar que a noção de *habitus* não é exclusiva de Bourdieu – nem ele jamais pretendeu que o fosse, como comentou em diversos momentos – e que o conceito que recebeu esse rótulo do sociólogo Pierre Bourdieu fora trabalhado e continuou a sê-lo, por razões teóricas e práticas muitas vezes distintas e recebendo nomenclaturas diferenciadas (a cujo respeito faremos alguns comentários adiante).

De um modo um tanto quanto tautológico (mas ainda assim capaz de traduzir de algum modo o sentido do termo), o *habitus* é “*the dialectic of the internalization of externality and the externalization of internality, or, more simply, of incorporation and objectification*”¹³ (BOURDIEU, 1995, p. 72; grifo no original). Ao falar de “disposições”, Bourdieu explica o seguinte: “o *habitus*, como sistema de disposições para a prática, é um fundamento objetivo de condutas regulares, logo, da regularidade das condutas e, se é possível prever as práticas [...], é porque o *habitus* faz que os agentes que o possuem comportem-se de uma determinada maneira em determinadas circunstâncias” (BOURDIEU, 2009, p. 98). Desse trecho é possível inferir que um determinado *habitus* pode existir em mais de um agente; dito de outro modo, assim como há um *habitus* do agente individual, há um *habitus* do agente coletivo, que todos os integrantes do grupo comungam e ao qual se soma cada um dos inúmeros *habitus* individuais¹⁴.

Essa regularidade das práticas a que Bourdieu faz menção guarda relação

¹³ “*A dialética da internalização da exterioridade e a externalização da internalidade*, ou, mais simplesmente, da incorporação e objetificação”.

¹⁴ Loïc Wacquant (2007) listou as seguintes características do *habitus* bourdieusiano: 1. resume uma aptidão social, portanto variável no tempo, nos lugares e nas relações de poder; 2. é transferível a vários domínios da prática; 3. é durável mas não estático ou eterno – as disposições “podem ser corroídas, contrariadas ou mesmo desmanteladas pela exposição a novas forças externas [...]”; 4. é dotado de uma “inércia incorporada, na medida em que o *habitus* tende a produzir práticas moldadas depois das estruturas sociais que o geraram e na medida em que cada uma de suas camadas opera como um prisma por meio do qual as últimas experiências são filtradas [...]”; 5. ele introduz uma defasagem “entre as determinações passadas que o produziram e as determinações atuais que o interpelam [...]”.

com o que foi comentado anteriormente sobre estratégias e regras. O *habitus* incorpora as normas explícitas mas a elas adiciona o comportamento individual que é a resposta do agente ao sentido do jogo, isto é, além das normas há o senso prático constituindo o *habitus*. É nesse sentido que se diz que o *habitus* é a subjetivação do objetivo, pois o agente incorpora em sua personalidade (estruturando-a) com informações obtidas do meio social. Semelhantemente, as condutas, as opções, as opiniões etc. que um agente assume ou escolhe representam também o seu *habitus* – é a objetivação do subjetivo. Mas Bourdieu vai além e liga até mesmo posturas corporais, expressões físicas e outras manifestações concretas da subjetividade (“disposições corporais”) como manifestações do *habitus*¹⁵, surgindo então o conceito de *hexis* corporal.

Vale a pena comentar um pouco mais os dois conceitos mencionados ocasionalmente por Bourdieu ao referir-se principalmente ao *habitus* e à violência simbólica – a *doxa* e a *hexis* corporal. Tanto *doxa* quanto *hexis* são constituintes do *habitus* mas dizem respeito a dimensões distintas dele, participando os dois conceitos da perpetuação das “disposições duráveis”. Para Bourdieu, qualquer discussão epistemológica ou filosófica que compreenda alguma forma de dualismo entre corpo e mente não faz sentido e está fora do seu horizonte epistemológico. A *hexis*, sendo o componente corporal assumido pelo agente, representa a corporificação, a personificação física da vida cultural e do comportamento

¹⁵ O *habitus* também foi a forma encontrada por Bourdieu para ultrapassar a discussão ontológica envolvendo a explicação causal dos fatos sociológicos e a compreensão subjetiva da ação humana, unindo-as. A esse respeito, pode-se lembrar do que disse Peters (2014):

“Therefore, in Bourdieu’s theoretical edifice, the repertoire of the most useful conceptual and explanatory instruments bequeathed by the objectivist and subjectivist mods of social knowledge is deployed in a new framework. This theoretical framework takes both forms of investigation as ‘moments’ in a research method woven to capture the dialectical relation between the action paths of individual agents and the reproduction/transformation of collective structures, as this relation is manifested in social practices [...]. The objectivist procedure is then complemented by practical intentions and skills that animate agent’s minds and bodies. In this moment, the analytical profitability of the objectivistic stage is not abandoned but ‘sublated’ [...], that is, conserved and overcome in an analytical framework crafted to account for the ‘double truth’ of the social world”.

(“Portanto, no edifício teórico de Bourdieu, o repertório dos mais úteis instrumentos conceituais e explicativos legados pelos modos objetivista e subjetivista de conhecimento social é organizado em uma nova estrutura. Essa estrutura teórica assume ambas as formas de investigação como ‘momentos’ em um método de pesquisa tecido para capturar a relação dialética entre os caminhos da ação dos agentes individuais e a reprodução-transformação das estruturas coletivas, conforme essa relação manifesta-se em práticas sociais [...]. O procedimento objetivista é então complementado pelas intenções e habilidades práticas que animam as mentes e os corpos dos agentes. Nesse momento, o rendimento analítico do estágio objetivista não é abandonado mas ‘contraditado’ [...], isto é, conservado e ultrapassado em uma estrutura analítica elaborada para lidar com a ‘dupla verdade’ do mundo social”.)

socialmente aceito (MARGOLIS, 2000); Bourdieu também se refere à *hexis* usando outros termos tais como “esquema corporal” ou *modus operandi* do agente.

O conceito de *doxa*, além de ser mais amplo, influencia mais decisivamente o resto da teoria dos campos. Ela pode ser compreendida, em uma primeira aproximação, como sendo a forma encontrada por Bourdieu para ultrapassar o conceito marxista de ideologia, isto é, “the false belief that society operates on reason and merit and the unquestioning adherence to its order”¹⁶ (HANKS, 2005). A noção de *doxa* avança além da “falsa crença” e torna-se estruturante do próprio campo na forma das “leis que o regem [o campo] e que regulam a luta pela dominação do campo; [...] a *doxa* contempla tudo o que é admitido como ‘sendo assim mesmo’: os sistemas de classificação, o que é interessante ou não, o que é demandado ou não” (THIRY-CHERQUES, 2006).

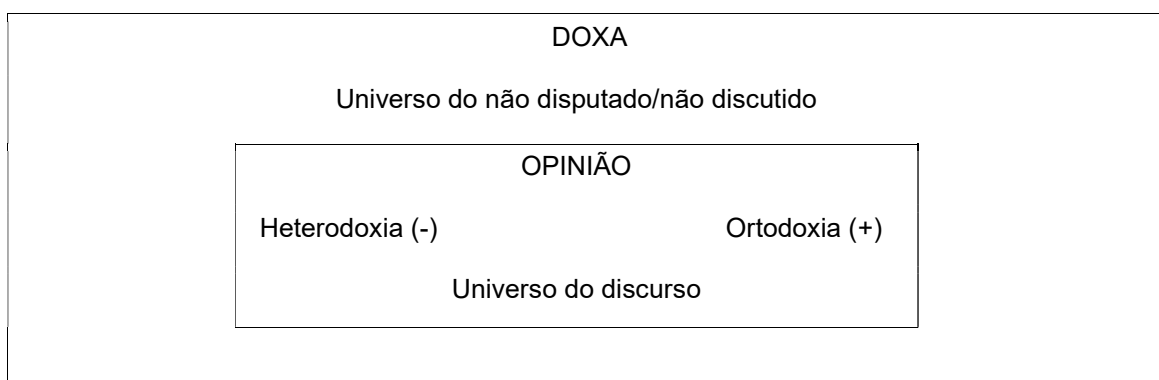
Tal senso comum do campo tem, como uma de suas funções específicas, reproduzir, mascaradamente, a partilha de poder entre os agentes, ainda que de modo hierarquizado, isto é, por meio da integração e da divisão legítimas que são operadas dentro do campo (BOURDIEU, 1995, p. 163). O senso comum, ou *doxa*, também é referido nos textos bourdieusianos pela expressão “taxonomias práticas”, uma referência ao seu passado intelectual e profissional como antropólogo na Argélia e em sua cidade natal no Sudoeste da França. Aliás, a explicação do conceito de *doxa* é feito a partir da discussão em torno das “taxonomias do sistema mítico-ritual” do povo cabila, para quem a sociedade é hierarquizada a partir de cortes de gênero e de idade. Vestuário, maquiagem e adereços servem como instrumentos institucionalizados de manutenção da ordem simbólica e, portanto, da reprodução da ordem social cuja perpetuação serviria aos “interesses daqueles ocupando uma posição dominante na estrutura social, os homens de idade madura” (BOURDIEU, 1995, p. 165). É desnecessário insistir no fato de que essas manifestações simbólicas da divisão social também modificam o “esquema corporal” dos indivíduos, isto é, há uma *hexis* corporal própria de cada segmento ou classe social.

Os esquemas de pensamento produzidos pela *doxa* demarcam os limites do que é aceito socialmente, logo, do que é assumido como realidade e assumido como

¹⁶ “A falsa crença de que a sociedade opera sobre a razão e o mérito e da aderência incondicional à sua ordem”.

evidente. A *doxa*, destarte, deve ser diferenciada das crenças ortodoxa e heterodoxa, o que “implica a ciência e o reconhecimento da possibilidade das crenças diferentes ou antagônicas” (BOURDIEU, 1995, p. 164). Somente a partir da *doxa*, isto é, das crenças assumidas como verdadeiras no campo, é possível haver a disputa entre ideias ou discursos que tanto reforçam a *doxa* (ortodoxia) ou questionam-na (heterodoxia)¹⁷. Graças à existência dos discursos que tanto reforçam quanto questionam a *doxa* é que há a possibilidade de evidenciar em que consiste o discurso dado como certo e evidente, isto é, a *doxa*. Esquemáticamente, Bourdieu descreveu a *doxa* como sendo o “universo do não discutido” (*undiscussed*) ou do “não disputado” (*undisputed*) dentro do qual se insere o “universo do discurso” (ou do “argumento”), composto pela heterodoxia (questionando a *doxa*) e pela ortodoxia (reforçando-a), como representado graficamente pela Figura 1.1.

FIGURA 1.1 – RELAÇÃO ENTRE DOXA, HETERODOXIA E ORTODOXIA



Fonte: o autor, a partir de Bourdieu (1995, p. 168).

Para explicar o conceito e a dinâmica dos campos sociais, Bourdieu empregou inúmeras vezes a metáfora do jogo, em que os agentes são jogadores que se enfrentam dentro de determinados limites, buscando atingir um determinado objetivo. Essa disputa dá-se de acordo com as regras próprias do jogo, a partir das quais os jogadores podem fazer alianças entre si ou empregar estratégias

¹⁷ Outra forma de explicar o que Bourdieu pretende exprimir com os conceitos de *doxa*, heterodoxia e ortodoxia, ainda que empregando o seu estilo rocambolésco, é a seguinte: “Não há reconhecimento mais absoluto do que o reconhecimento da *doxa* já que ela não se percebe como reconhecimento. A *doxa* é responder ‘sim’ a uma pergunta que eu não fiz. A adesão dóxica é a mais absoluta que uma ordem possa conseguir, já que se situa além mesmo da constituição da possibilidade de fazer de outra maneira: é o que separa a *doxa* da ortodoxia. A ortodoxia aparece desde o momento em que há o hetero-; desde que há heterodoxos, os ortodoxos são obrigados a aparecer como tais [...]” (BOURDIEU, 2014, p. 250-251).

(permitidas pelo jogo); durante a partida, alguns jogadores conseguem pontuar mais ou melhor que outros, acumulando o que Bourdieu chama de capital. As jogadas, as alianças, os comportamentos, a busca pelo objetivo etc. dão o sentido do jogo – que seria incorporado pelos jogadores na forma do *habitus* –, ou, em outras palavras, conferem-lhe a sua lógica interna a partir da qual as ações tornam-se compreensíveis (BOURDIEU, 2009, p. 82-83).

Deve-se tomar cuidado, porém, com o aprofundamento da metáfora dos jogos, que são atividades caracterizadas por regras explícitas e seguidas conscientemente pelos jogadores, a partir das quais eles fazem cálculos racionais. É claro que, por um lado, existem regras e normas escritas a que todos os agentes sociais, indistintamente, devem obedecer e há também as regras explícitas que apenas determinados campos são obrigados a observar; mas, por outro lado, existem inúmeras regras de natureza tácita ou mais ou menos explícitas e que, diferentemente das regras legais, não foram criadas pelo arbítrio de algum agente mas talvez apenas sistematizadas em alguns costumes e tradições (e incorporadas dessa forma nas “disposições” dos agentes, isto é, nos seus *habitus*).

Por fim, cabe um último comentário sobre a distinção que Bourdieu faz entre “sujeitos” e “agentes”. Porque considera os indivíduos e grupos como mais do que meros sujeitos que seguem roboticamente regras e por entender que a eles não é dado agir com liberdade “existencial”, Bourdieu chama os integrantes dos campos de “agentes” (MARGOLIS, 2000). Ao situá-los em sua teoria dos campos, ele procura diferenciá-los do conceito de classes, especificamente daquele tomado do léxico marxista. Aliás, como dito acima, há a recusa explícita de entender os agentes como pertencentes a classes sociais reais e existentes objetivamente. Nesse sentido, ele opõe-se a Karl Marx quando este entende que a “homogeneidade objetiva das condições, dos condicionamentos e portanto das disposições, que decorre da identidade de posição no espaço social”, permite ao agente coletivo constituir-se em classe social de fato. Em resposta a essa interpretação, Bourdieu propôs o conceito de *habitus*, que sintetiza a noção de agentes situados no mesmo *locus* do campo e, diante dessa coincidência, têm disposições e interesses comuns, sendo possível, destarte, agrupá-los abstratamente, fugindo tanto do “nominalismo quanto do realismo” (BOURDIEU, 2009, p. 155-156). A distinção entre sujeito e agente é feita da seguinte forma:

Os “sujeitos” são, de fato, agentes que atuam e que sabem, dotados de um *senso prático* [...], de um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão (o que comumente chamamos de gosto), de estruturas cognitivas duradouras (que são essencialmente produto da incorporação de estruturas objetivas) e de esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada (BOURDIEU, 2008, p. 42).

A partir da teoria dos campos de Pierre Bourdieu será possível conduzirmos esta pesquisa: dentro do campo previdenciário, cuja caracterização será feita seguindo o exemplo do próprio Bourdieu ao estudar a burocracia, serão identificados os principais agentes coletivos. Longe de procurar aplicar os conceitos bourdieusianos de modo direto e automático, buscar-se-á compreender como esses agentes usam suas estratégias para tentar aumentar o seu capital simbólico e impor-se em relação aos demais agentes, seguindo as “leis internas” do campo previdenciário.

A identificação desses agentes não deverá impor grandes desafios; além de haver a previsão legal e normativa dos grupos envolvidos, incluindo suas atribuições, modos e motivações (explícitas), procuramos empregar uma categorização desses agentes que correspondesse à realidade ao mesmo tempo em que fosse operacional; os diferentes agentes são discutidos em capítulos específicos.

De modo semelhante, as leis internas do campo previdenciário são dadas em grande parte pelas normativas legais, apesar de evidentemente não se limitarem a elas. Naturalmente se fará referência a diversas leis, decretos, portarias e que tais – na verdade, esse tipo de menção é inevitável em uma pesquisa empírica sobre a previdência social – mas tais referências têm o propósito de explicar como os processos sociais dão-se, isto é, como as disputas entre os diferentes grupos manifestam-se concretamente. É preciso, entretanto, atentar para o fato de que as relações sociais ultrapassam as normas escritas; no dizer de Bourdieu, elas seguem um *senso prático* que é dado pelo *habitus*. Esse *senso* opera a classificação, a hierarquização e a divisão, aspectos de uma visão de mundo – uma *doxa*. As normas não escritas, as estratégias e o *senso prático* dos agentes também originam a codificação formal do Direito, “uma operação de ordenação simbólica [...] que em geral compete às grandes burocracias estatais” (BOURDIEU, 2009, p. 101); a

codificação do *habitus*, da *hexis* e da *doxa* afasta o componente aleatório e incoerente desses elementos mas sem os eliminá-los. Como o campo previdenciário exhibe um elevado grau de formalização e de codificação, por ser altamente institucionalizado, corre-se o risco de incorrer no que Bourdieu chama de a “*fallacy* por excelência da língua”, isto é, de “colocar na consciência das pessoas que estão sendo estudadas aquilo que se deve ter na consciência para compreender o que elas fazem” (BOURDIEU, 2009, p. 100). Com isso se quer dizer que o estudo do campo previdenciário não se limita ao estudo das normas objetivas da previdência social nem supõe que os diferentes agentes guiam-se exclusivamente por essas normas. Tal estudo visa justamente a tornar novamente objetivo (isto é, evidente) o que foi incorporado subjetivamente e manifesta-se como estratégia e senso prático; é por isso que faz sentido ampliar a pesquisa da previdência social para o estudo mais amplo do *Welfare State* e da burocracia. Essa também é a justificativa para pesquisar qual é o *habitus* pericial usando-se como instrumento um questionário, pois

as representações dos agentes variam segundo sua posição (e os interesses que estão associados a ela) e segundo seu *habitus* como sistema de esquemas de percepção e apreciação, como estruturas cognitivas e avaliatórias que eles adquirem através da experiência durável de uma posição no mundo social. [...] O *habitus* produz práticas e representações que estão disponíveis para a classificação, que são objetivamente diferenciadas; mas elas só são imediatamente percebidas enquanto tal por agentes que possuam o código, os esquemas classificatórios necessários para compreender-lhes o sentido social (BORUDIEU, 2009, p. 158).

Como já deve ter ficado claro, os conceitos bourdieusianos de *habitus*, de *hexis* e de *doxa* são desenvolvidos sempre a partir de duas perspectivas complementares e indissociáveis na realidade (embora possam ser consideradas separadamente para fins analíticos), a objetiva e a subjetiva. Bourdieu afasta-se dos teóricos pós-modernistas e construtivistas como Lyotard para quem a realidade objetiva é mero discurso e para quem apenas o falar significa fazer, confundindo a vida social (e a realidade empírica) com uma subjetividade que a absorve e anula-a¹⁸. Bourdieu (2009, p. 162) considera que as lutas simbólicas coletivas agem

¹⁸ Vale a pena mencionar o seguinte trecho de Shapiro a respeito do papel do construtivismo à la Lyotard na Ciência Política: “Muchos de los que se niegan al posmodernismo también se muestran

“tentando mudar as categorias de percepção e apreciação do mundo social, as estruturas cognitivas e avaliatórias”. Do ponto de vista objetivo, por outro lado, essas mesmas lutas simbólicas manifestam-se por ações de representação que reescrevem o passado, interpretam o presente ou fazem determinadas previsões sobre o devir.

escépticos a una ciencia que pueda darnos conocimientos significativos sobre la política, y dan varias clases de objeciones. Hay quienes argumentan que es imposible una ciencia social porque, a diferencia de las ciencias naturales, el objeto de estudio es un artefacto del lenguaje humano, o cuando menos en una parte muy significativa. [...] La cuestión no es si el mundo social es cuando menos en parte un artefacto de la convención lingüística [...] sino si las prácticas humanas que producen y reproducen las convenciones son suficientemente perdurables, para que podamos hacer generalizaciones válidas acerca de éstas [...]” (SHAPIRO, 2007, p. 213).

2. O WELFARE STATE

O campo previdenciário brasileiro desenvolveu-se em um contexto maior, capitaneado inicialmente pelos países da Europa ocidental e nórdica (a partir da metade do século XVIII) e, em seguida, pelos países de tradição anglo-saxã (a partir do início do século XIX), em um esforço que, de uma forma ou de outra, corresponde ao que Augusto Comte chamaria de "incorporação do proletariado à sociedade" (cf. LACERDA, 2010), realizado e consubstanciado no que a literatura sociológica contemporânea denomina "*Welfare State*".

O que se costuma chamar de *Welfare State* (ou Estado Providência nos países francófonos, ou ainda Estado do bem estar social) diz respeito a uma série de medidas adotadas pelos governos nacionais, com ou sem a participação da sociedade civil, visando a dois objetivos principais, que podem ser perseguidos simultaneamente ou não: (1) a proteção dos trabalhadores contra a perda ou diminuição da renda motivadas por riscos previsíveis ou imprevisíveis (como doença, gravidez e envelhecimento) e (2) a diminuição da desigualdade entre os diversos estratos sociais. Uma série de outros objetivos são agregados, dependendo dos valores prevalentes no país considerado, como o alívio da pobreza (por exemplo, com o programa Bolsa Família, no Brasil) ou a busca do bem estar de todos os cidadãos, independentemente da classe social ou da renda (como na Suécia). A definição de A. Briggs, de 1961, para *Welfare State*, continua válida e correta:

A *Welfare State* is a state in which organized power is deliberately used (through politics and administration) in an effort to modify the play of market forces in at least three directions—first by guaranteeing individuals and families a minimum of income irrespective of the market value of their work or their property; second, by narrowing the extent of insecurity by enabling individuals and families to meet certain “contingencies” [...] and third, by ensuring that all citizens without distinction of status or class are offered [...] a certain agreed range of social services¹⁹ (BRIGGS, 1961).

¹⁹ “Um *Welfare State* é um Estado cujo poder organizado é deliberadamente utilizado (por meio da política e da administração) em um esforço para modificar o jogo das forças do mercado em pelo menos três direções: em primeiro lugar, ao garantir aos indivíduos e às famílias um mínimo de renda, independentemente do valor de mercado de seu trabalho ou de sua propriedade; em segundo lugar, ao estreitar a extensão da insegurança ao capacitar indivíduos e famílias para enfrentar certas ‘contingências’ [...] e, em terceiro lugar, ao garantir a todos os cidadãos sem distinção de status ou classes que sejam oferecidos [...] um certo conjunto combinado de serviços sociais”.

Os objetivos do Estado do Bem Estar são perseguidos por meio de inúmeros instrumentos que variam em termos de obrigatoriedade, da participação da sociedade civil, do mercado e do Estado e da abrangência da população alvo; no entanto, todos eles sofrem em grau maior ou menor a regulação do Estado, mesmo que as políticas sociais sejam mantidas pela iniciativa privada. As políticas de cunho social enquadram-se, de modo geral, em uma das seguintes categorias (WALKER, 2005):

- benefícios contributivos (seguridade social);
- benefícios não contributivos (pagos em espécie);
- benefícios de assistência social concedidos por “testes de meios”²⁰ e
- créditos fiscais.

Embora haja intensa variação entre os países na forma de combinar os diferentes aspectos das políticas de bem estar, isto é, a participação do Estado, a obrigatoriedade, a participação da iniciativa privada etc., alguns conceitos comuns permitem compreender os diversos arranjos institucionais. Os benefícios que dependem de testes de meios (*means-tested*) usualmente são de caráter não contributivo, portanto não se exige que os beneficiários tenham contribuído de alguma forma para o financiamento daquela determinada política pública. Ao invés disso, os benefícios com teste de meios são dirigidos às pessoas cujas rendas somam valores inferiores a um determinado limite (caso do benefício de prestação continuada, no Brasil, que substituiu a renda mensal vitalícia, direcionada aos deficientes e idosos cuja renda mensal familiar *per capita* seja inferior a 25% do salário mínimo). Os benefícios do tipo teste de meios, como não exigem um histórico contributivo, são financiados por meio dos impostos cobrados de toda a população do país. Além disso, os benefícios não contributivos também costumam integrar as iniciativas da seguridade social, voltados para as pessoas ou grupos com poucos recursos.

A seguridade social, por outro lado, oferece benefícios que costumam relacionar-se com a contribuição para o financiamento e o sustento do sistema. O

²⁰ Os benefícios concedidos por meio de “teste de meios” (*means-tested*) dependem de o cidadão provar ter uma renda inferior a um limite considerado mínimo. São chamados de “teste de meios” porque põem à prova os meios de subsistência, que devem ser reduzidos.

indivíduo, para ter a qualidade de segurado, precisa filiar-se ao sistema contribuindo durante um determinado período mínimo de tempo (carência), após o qual lhe é facultado habilitar-se para perceber o benefício; habitualmente o valor da contribuição corresponde a uma porcentagem do salário dos trabalhadores. A seguridade social abrange a maioria dos esquemas de aposentadoria por tempo de contribuição, por idade e por doenças ou invalidez. A contribuição pode formar uma poupança individual, como ocorre no Chile desde a década de 1980, ou integra um fundo comum que financia todos os benefícios pagos naquele momento. Dito de outra forma, quando o financiamento do sistema de seguridade social integra um fundo comum, o aspecto de coesão social é ressaltado, pois há solidariedade intergeracional (os trabalhadores atuais mantêm os benefícios dos trabalhadores já aposentados, com a expectativa de que as suas próprias aposentadorias também serão sustentadas pelos trabalhadores das próximas gerações) e mesmo intrageracional (quando os trabalhadores atuais mantêm os benefícios dos trabalhadores desempregados, adoentados momentaneamente ou inválidos e as trabalhadoras em licença maternidade).

O Estado pode dar créditos fiscais a seus cidadãos por duas formas. A primeira é a devolução de valores pagos em impostos aos cidadãos que tiveram gastos em determinadas áreas (como educação ou saúde); a segunda forma é o desconto nos impostos para os cidadãos que tiveram gastos nessas áreas.

Com o que foi dito acima fica aparente que os benefícios podem ser financiados por contribuições dos cidadãos ou pela arrecadação dos impostos; os benefícios podem ter relação com as contribuições (*earning-related*) ou podem ser independentes do histórico contributivo (*flat-rate benefit*); podem ser geridos pelo Estado ou pela iniciativa privada; finalmente, podem ser dirigidos para toda a população ou focalizados em determinados grupos. Os programas mais comuns são a assistência médica, o seguro contra acidentes de trabalho (e a seguridade social), o salário maternidade e a aposentadoria para os idosos e inválidos; a educação básica nem sempre é considerada como integrante das políticas sociais do *Welfare State*²¹. Por outro lado, qualquer que seja o modo de financiamento das políticas de bem estar, a capacidade de o Estado oferecê-las depende do grau das suas

²¹ Apesar disso, Marshall (1967a), ao discutir o conceito de cidadania na Inglaterra, inclui a educação básica universal como um dos pilares em que se funda a cidadania.

condições econômicas, da capacidade de obter esse financiamento da sociedade e de manter uma política fiscal sólida (SEGURA-UBIERGO, 2007).

Organizações e esquemas de seguridade e bem estar social são descritas desde ao menos a Idade Média (RENARD, 1918), basicamente com os mesmos benefícios oferecidos pelo *Welfare State* “clássico”, da segunda metade do século XX (assistência médica, pensão para viúvas e órfãos, benefícios para trabalhadores adoentados e aposentadorias para idosos e trabalhadores inválidos por doença) (VAN LEEUWEN, 2012), embora somente com Bismarck, na década de 1880, as iniciativas de seguridade social deixaram de ser organizadas por meio de iniciativa dos cidadãos e passaram a constituir-se como políticas públicas de caráter social.

Até a II Guerra Mundial, o modelo mais comum de seguridade social era representado pelas sociedades de socorro (ou ajuda) mútuo, que nada mais eram que os esquemas das guildas medievais atualizados para a sociedade industrial. Essas sociedades de socorro mútuo foram regulamentadas primeiramente no Reino Unido em 1793; a maioria das grandes economias europeias seguiu-lhe o exemplo ao longo do século XIX. Durante o século XX, especialmente após a II Guerra Mundial, os países europeus expandiram as coberturas oferecidas habitualmente pelas sociedades de socorro mútuo (mas de modo mais intenso no caso dos cuidados médicos) à totalidade de suas populações, regulados pelos estados, mesmo que a operacionalização do seguro social coubesse à iniciativa privada (IMMERGUT, 2001).

Da mesma forma, iniciativas de alívio à pobreza são promovidas pelos governos há vários séculos. O exemplo mais conhecido e estudado são as *Poor Laws* da Inglaterra moderna, cuja primeira forma teve lugar no início do século XVI, sob Isabel I. Todavia, há mais diferenças do que semelhanças entre esse tipo precoce de proteção social e aquele descrito como sendo próprio do *Welfare State*, que é o objeto deste artigo. Como será discutido adiante, o sentido das políticas públicas de proteção social contemporâneas, seja na forma de pagamentos em dinheiro, seja como prestação de serviços, é o exercício de um direito garantido ao cidadão pelo Estado, que assume a obrigação de oferecer esses direitos à universalidade de seus cidadãos, sem excluir ninguém em termos de classe social, embora seja lícito concentrar os esforços em determinados grupos mais necessitados.

Se as *Poor Laws* são um dos primeiros exemplos de atuação governamental no sentido do alívio ou do combate à pobreza, o que de fato era um dos seus objetivos, a forma de persegui-los difere radicalmente das estratégias próprias aos estados do bem estar social. Por meio de uma série de leis baixadas ao longo dos séculos XVI e XVII, o combate à pobreza foi realizado retirando ou restringindo direitos dos trabalhadores e dos pobres e promovendo, em última análise, a discriminação dos pobres. Desse modo, enquanto a atenção aos pobres era de responsabilidade da paróquia em que residiam (que ficavam responsáveis pelo cadastro dos pobres e pelo financiamento e gerenciamento dos benefícios), era-lhes imposta a obrigação de permanecer nas suas paróquias (sendo-lhes vedado mudar-se), havia a proibição da vadiagem (isto é, os adultos pobres aptos a trabalhar, ou seja, os que não eram idosos, inválidos ou adoentados, eram obrigados a trabalhar, inclusive em atividades oferecidas pela comunidade paroquial), havia um controle estatal sobre os valores dos salários pagos e inexistia a possibilidade de escolha da atividade ou profissão a ser exercida. No século XIX as *Poor Laws* foram reformadas e houve uma grande mudança no estatuto do pobre: quem necessitasse de auxílio e aceitasse a ajuda governamental abriria mão de seus direitos civis e políticos em troca desse benefício, sendo obrigado a trabalhar nas *workhouses* (MARSHALL, 1967a; BLOY, 2002).

Todavia, é preciso ter em mente que o contexto sócio-econômico ao redor das *Poor Laws* isabelinas é diverso daquele associado ao *Welfare State*. Na Inglaterra, assim como nos demais países europeus que mais tarde se industrializaram, a organização social do trabalho era relativamente simples: populações majoritariamente camponesas que trabalhavam nas atividades agropastoris, ao mesmo tempo em que nas incipientes cidades trabalhavam artesãos e comerciantes. O trabalhador era altamente especializado no sentido de que detinha o conhecimento e atuava em todas as etapas do processo produtivo, diferentemente do tipo de especialização vista nos estágios iniciais da industrialização, em que a diluição do trabalho e a obsolescência das capacidades substituem a perícia do artesão. Nesse mundo pré-industrial, as relações sociais eram determinadas pelo estatuto exibido pelo indivíduo dentro de sua comunidade, o que é o mesmo que dizer que essas relações eram difusas e pessoais. A industrialização fez o estatuto social ser substituído pelo contrato de trabalho, transformando as obrigações que as

pessoas devem entre si para relações impessoais e altamente específicas, pois o tomador de serviço exige do trabalhador o desempenho de uma tarefa muito bem definida.

Não se pode deixar de lado a diferenciação dos tipos de organização política prevalente nos estados na época das *Poor Laws*, isto é, as monarquias absolutistas, e o visto a partir do século XIX no mundo ocidental, representado pelas democracias representativas de massa. Enquanto o absolutismo do antigo regime, ao levar paz e estabilidade política às nações, permitiu-lhes a edificação dos Estados nacionais modernos (VIERHAUS, 2001), somente um sistema baseado na representação parlamentar, no sufrágio universal e na disputa eleitoral à la Schumpeter poderia dar conta das demandas e dos conflitos originados com a industrialização (OFFE, 1984). A organização dos trabalhadores em sindicatos e a luta de classes são fenômenos coetâneos tanto às transformações políticas dos Estados como à industrialização. Embora não seja o objetivo desta tese esmiuçar qual desses processos é causa e qual é consequência, vale a pena mencionar a posição de P. Birnbaum (1980), para quem a ideologia prevalente na formação dos Estados europeus contemporâneos (todos eles estruturalmente capitalistas) é que determina o tipo de ação coletiva dos trabalhadores no alvorecer da industrialização:

As we have tried to show, the state emerges as the true independent variable, industrialization being only an intervening variable in countries which are all capitalist in structure. The relationship between these variables explains why Great Britain and Germany, two countries where industrialization was fairly rapid, produced profoundly different ideologies because their states were radically dissimilar. The same relationship accounts for the conflicting ideologies which flourished in France and Germany respectively—countries whose state structures were comparable. However, while Marxism spread in Germany, where the state was tied to the dominant class, anarcho-syndicalism developed in France, where domination mainly took a political form. The fact remains that, once industrialization was widespread in France, anarcho-syndicalism gave way to variants of Marxist-inspired socialism²² (BIRNBAUM, 1980).

²² “Como tentamos mostrar, o Estado surge como a verdadeira variável independente, a industrialização sendo apenas uma variável interveniente em países que são todos capitalistas em suas estruturas. A relação entre essas variáveis explica por que a Grã-Bretanha e a Alemanha, países em que a industrialização foi bastante rápida, produziu ideologias profundamente diferentes – porque os seus Estados eram radicalmente diferentes. A mesma relação é responsável por ideologias conflitantes que floresceram na França e na Alemanha, respectivamente – países cujas estruturas estatais eram comparáveis. No entanto, enquanto o marxismo dissemina-se na Alemanha, onde o Estado estava ligado à classe dominante, o anarcossindicalismo desenvolveu-se na França, onde a dominação teve principalmente uma forma política. O fato é que, uma vez que a industrialização era difundida na França, o anarcossindicalismo deu lugar a variantes do socialismo de inspiração

Wilenski e Lebeaux (1968), escrevendo durante a Guerra Fria e considerando as sociedades de cada um dos lados da “Cortina de Ferro”, relacionam as políticas de bem estar social à industrialização dos países²³ em que são postas em prática, independentemente da orientação ideológica que a política do país assume, sendo, portanto, um fenômeno comum aos dois lados da da Guerra Fria. Nesse ponto eles acompanham a análise de R. Aron (1981), para quem a característica fundamental das sociedades contemporâneas não é o capitalismo mas a industrialização²⁴. As nações industrializadas²⁵ comungam determinadas características que se relacionam a determinadas consequências sociais, que, como mencionado, não são exclusivas da economia capitalista. Assim, a sociedade industrial demarca claramente o ambiente de trabalho (a empresa) do ambiente familiar, que se tornam, então, distintos; há um aprofundamento da divisão do trabalho, como visto acima. A empresa usa capital e visa a acumulá-lo e é mecanizada, além de deter a propriedade da aparelhagem mecanizada, isto é, dos meios de produção. Em função dessas características, a empresa exige a administração racional. Juntamente a esses aspectos e intimamente ligada a eles, na sociedade industrial há a possibilidade de transformação dos direitos de propriedade em termos monetários, ou seja, a propriedade de uma máquina, de um imóvel ou de uma ideia pode ser vendida e transferida – não mais pelo trabalhador, agora um empregado, mas pelas empresas. O que o trabalhador possui é a sua força de trabalho, que vende para a empresa contratante em troca do salário. Além desses aspectos socioeconômicos, a sociedade industrial requer uma ordem política razoavelmente estável, seja ela

marxista”.

²³ Wilensky, em 1975, propôs que o grau do *Welfare State* está relacionado ao crescimento econômico, de tal sorte que os países desenvolvidos apresentam os sistemas de bem estar mais avançados, ao mesmo tempo em que tendem a assumir as mesmas características (esquemas e programas de proteção social) – o que ele chamou de “convergência” (GUILLEMARD, 2001).

²⁴ Os estudos sobre a industrialização dos países independentes da ideologia do Estado floresceram no período que se seguiu à II Guerra Mundial e buscavam entender as características distintas dos países comunistas em relação aos capitalistas. No século XXI esse debate tem menor importância embora ajude a compreender alguns fenômenos peculiares como o “comunismo de mercado” chinês.

²⁵ A expressão “nação industrializada” refere-se aos países que são industrializados em alto grau, diferenciando-se daqueles que são não industrializados, isto é, “fazem uso de tecnologia de alta energia”, “seja ela na fazenda ou na fábrica” (WILENSKI & LEBEAUX, 1968, p. 15). A definição de R. Aron para sociedade industrial é mais simples: “a sociedade onde a indústria, a grande indústria, seria a forma de produção mais característica” (ARON, 1981, p. 73). A discussão que se segue, sobre a sociedade industrial, está baseada principalmente nesses autores.

liberal (como nos países ocidentais) ou comunista (como na antiga União Soviética).

O *Welfare State*, ao modificar as relações entre o Estado e o mercado, modifica também o estatuto do trabalho (e dos indivíduos) em relação ao mercado. Polanyi (2000) mostrou que o estabelecimento da “civilização do século XIX” baseou-se, entre outros fatores, no mercado autorregulável. A organização desse mercado, por sua vez, dependeu da intervenção ativa dos Estados nacionais e da criação do mercado de mão de obra, pelo término da servidão dos trabalhadores e pela transformação da força de trabalho em uma *commodity*. O Estado do bem estar visa justamente a interferir na dependência que o trabalhador tem de seu emprego, de modo que, se achar necessário, possa afastar-se dele sem receio de diminuir seu padrão de vida ou de sua renda²⁶ (ESPING-ANDERSEN, 2011).

Como resultado do desenvolvimento das relações sociais nas nações industrializadas, alguns problemas “tradicionais” tornam-se mais agudos, como o rompimento da família, a delinquência juvenil, o adoecimento físico e mental e a pobreza, enquanto outros temas e problemas surgem no horizonte: o envelhecimento da população, as várias formas de desemprego, a entrada das mulheres no mercado de trabalho e a mobilidade espacial e funcional dos trabalhadores. O enfrentamento dessas questões é possível pela criação de um aparato altamente especializado, altamente burocrático, de serviços e agências visando ao bem estar da população, mantido pelo Estado. Funções que eram assumidas pela família, como a educação e a proteção dos membros vulneráveis, são transferidas para o Estado, que as desenvolve pelo oferecimento de serviços ou de auxílio financeiro. O seu público alvo deixa de ser apenas os pobres – seu objetivo não se limita ao combate ou ao alívio da pobreza – e expande-se para os operários e para a nascente classe média (WILENSKI & LEBEAUX, 1968; MYLES & QUADAGNO, 2002).

Para Rosanvallon (1998), o Estado Providência teve origem como solução para a tensão existente entre o princípio da solidariedade, segundo o qual a sociedade é responsável pelos seus cidadãos, e o da responsabilidade, que identifica em cada indivíduo o fiador de suas próprias escolhas, no contexto da industrialização francesa. A distinção feita até o início do século XIX, que estabelecia

²⁶ O que também é conhecido como “*de-commodification*” do trabalho.

existirem aqueles cidadãos que não conseguiam trabalhar por verem-se diante de desgraças em contraposição aos indivíduos que conscientemente decidiam não trabalhar, dá lugar às noções de riscos e de seguros cobrindo esses riscos. Como resultado, uma série de embaraços característicos de uma sociedade industrializada, como o desemprego ou a incapacidade para o trabalho devido à velhice, puderam ser enfrentados abandonando-se as categorias morais de conduta individual, substituídas por análises estatísticas. Os trabalhadores vitimados pelos riscos cobertos fariam jus a benefícios, não mais tomados como benesses granjeadas junto ao Estado mas como obrigações desse Estado relativamente a seus cidadãos.

[...] Com efeito, a abordagem em termos de risco remete-nos em primeiro lugar a uma dimensão probabilista e estatística do social [...] que permite relegar a um segundo plano o julgamento dos indivíduos. [...] Além disso, a abordagem em termos de risco tem a vantagem de poder considerar de modo unificado muitos problemas diferentes: a doença, a velhice, o desemprego, acidentes de toda sorte [...]. Finalmente, torna-se possível colocar em termos novos o exercício da justiça (ROSANVALLON, 1998, p. 36).

Por seu turno, os trabalhos fundamentais de Marshall (1967a) baseiam-se em uma concepção histórica original, que, em vez de serem estritamente contextualistas, isto é, de dizer que se deve contextualizar cada obra em seu período e com base nisso defender a particularidade de cada coisa, propõem uma visão orgânica e evolutiva da cidadania, mostrando como ela desenvolveu-se ao longo dos séculos: é uma concepção processual – dinâmica, como diria Augusto Comte –, em vez de estática, como é o caso dos contextualistas.

Para Marshall, a ideia de cidadania é uma questão de estatuto, mas esse mesmo estatuto, como é generalizado, implica determinadas condições e situações econômicas, que tendem à igualdade, mas não anulam a desigualdade; além disso, essa tendência à igualdade é operada em especial pelo Estado. Entre os elementos que realizam o *status* da cidadania está o acesso a serviços públicos²⁷ (mas também a programas de renda direta), entre os quais a previdência pública, um sistema de

²⁷ Marshall fez uma análise histórica da cidadania que relacionou a concessão dos direitos civis (como a liberdade de ir e vir e o acesso ao sistema judiciário) ao século XVIII, os direitos políticos (notadamente o sufrágio universal) ao século XIX e, finalmente, os direitos sociais (como a cobertura de saúde universal) ao século XX. Deve-se levar em conta, porém, que sua análise histórica baseia-se no caso específico da Inglaterra.

saúde, um sistema de educação, o provimento de moradias – e, o que é bastante diverso do que ocorre no Brasil, também o acesso à Justiça. Convém mencionar ainda que Marshall escrevia no final da década de 1940, antes do sistema Bretton Woods (e de seu colapso, nos anos 1970) e da desregulamentação das finanças promovida pela dupla Reagan-Tatcher.

As políticas sociais, embora pretendam diminuir as distâncias entre as classes e a desigualdade social, acabam produzindo novas formas de estratificação. Esse fenômeno é mais claro nas políticas que, como a seguridade social, vinculam os benefícios à filiação ao sistema (o que equivale a dizer que vincula também ao pagamento de contribuições), pois diferencia os trabalhadores empregados das demais formas de trabalho. A assistência social e as políticas de combate e alívio à pobreza, por sua vez, punem e estigmatizam os beneficiários desse tipo de ajuda (ESPING-ANDERSEN, 2011).

Por outro lado, se se quiser comparar os diferentes esquemas de *Welfare State* em categorias que compreendam grupamentos de países, pode-se recorrer à proposta de Esping-Andersen (2011). Para esse pesquisador, é possível categorizar os países em “regimes-tipos” que espelham como as políticas sociais articulam o mercado, a família e o Estado; esses regimes refletem origens históricas comuns e mostraram-se válidos na previsão da evolução dos estados do bem estar social ao longo do tempo (VAN DER BEEN & VAN DER BRUG, 2013).

O primeiro tipo é o modelo liberal, representado muito bem pelos Estados Unidos mas também pela Austrália. O mercado assume grande importância como provedor de seguridade social e assistência médica. O Estado responsabiliza-se basicamente por benefícios de baixo valor de natureza assistencial dependentes de teste de meios e voltados para o alívio da pobreza, muitas vezes associando a percepção desse tipo de ajuda a estigmas sociais. Como a participação do Estado é limitada aos casos em que não é possível alguma forma de segurança obtida no mercado, esse tipo de *Welfare* foi denominado por Titmuss (1958) de “marginal”. Esse modelo, ao associar o grau de bem estar ao sucesso no trabalho – ou no mercado de trabalho – é o que mais intensamente assume a mão de obra como uma *commodity*, de modo oposto ao modelo nórdico.

O segundo modelo estabelecido por Esping-Andersen é aquele visto na Europa continental, tendo França, Itália e a Alemanha como melhores

representantes. O *Welfare* desenvolveu-se com a preservação dos interesses de classes e categorias específicas, de modo que sua organização reflete essa característica: diferentes esquemas para diferentes categorias profissionais e diferentes relações com o Estado²⁸, embora a partir de meados da década de 1980 países como a França tenham-se movido em direção a uma concepção mais baseada na solidariedade e menos em termos do seguro (ROSANVALLON, 1998). Esping-Andersen (2011) nota que há clara influência de várias denominações religiosas cristãs, como a Igreja Católica Romana, na definição das políticas sociais do modelo europeu continental, enfatizando benefícios que favorecem as relações familiares e desestimulam a participação feminina no mundo do trabalho.

O modelo nórdico (ou escandinavo) de *Welfare State* caracteriza-se pelo universalismo dos serviços e benefícios e um baixo grau de seletividade. Esse relativo consenso foi possível graças ao conteúdo de muitas dessas propostas, que, apesar de focalizarem alguns grupos, mantiveram a preocupação de preservar os benefícios e a proteção social voltada para toda a população, como no caso da Finlândia, em que as políticas de combate à pobreza são formuladas em termos de incentivos ao emprego. Tanto o regime continental quanto o nórdico oferecem meios de diminuir as diferenças salariais (e portanto a desigualdade social) e de controlar o mercado da mão-de-obra por meio de legislação trabalhista (MYLES & QUADAGNO, 2002; KUIVALAINEN & NIEMELÄ, 2010).

A tipificação de G. Esping-Andersen reflete a realidade e a experiência europeias e estadunidenses nas pesquisas sobre *Welfare State*; isso fica muito claro ao estabelecer uma relação de causalidade (talvez não tão clara no caso dos Estados Unidos) do Estado do Bem Estar com a participação na arena política das democracias liberais das organizações de representação dos trabalhadores e dos partidos de esquerda. A América Latina, ao contrário, testemunhou outros fatos. É bem verdade que os “países pioneiros” – Brasil, Chile, Uruguai, Argentina e Cuba –, quando iniciaram os seus esquemas de proteção social a partir da década de 1920, criaram programas fragmentados que ofereciam proteção para determinadas

²⁸ A seguridade social francesa, por exemplo, é voltada para os trabalhadores da indústria e do comércio; há previsão de cobertura em situações específicas para donas de casa. Os trabalhadores rurais, os mineiros, os ferroviários, os funcionários públicos, os pescadores e os trabalhadores autônomos são cobertos com sistemas de seguridade próprios (ISSA, 2012).

categorias²⁹, geralmente aquelas ligadas às funções próprias do Estado ou aos interesses da nascente burguesia industrial. Grupos ocupacionais e setores laborais mais amplos foram incorporados aos poucos mas com prestações de menor valor e com condições de aquisição mais rígidas; tardiamente foram beneficiados os demais trabalhadores urbanos e muito mais tardiamente, os trabalhadores rurais, os autônomos, os empresários e os domésticos (MESA-LAGO, 1985).

As diferenças entre as experiências europeia e latino-americana dizem respeito à influência exercida pelos partidos de esquerda e pelos trabalhadores e também pelo ambiente institucional em que houve o desenvolvimento do Estado do bem estar latino-americano. Tanto o surgimento quanto a expansão e a consolidação do *Welfare* latino-americano deram-se em ambientes essencialmente não democráticos – em muitos casos, como se deu no Brasil, durante regimes ditatoriais nos quais os partidos da esquerda e as organizações dos trabalhadores estavam alijados da vida política (DRAIBE, 1994; SEGURA-UBIERGO, 2007). Um segundo aspecto distintivo da América Latina é o fato de que os partidos de esquerda, uma vez no poder, adotaram posturas ambíguas em relação ao bem estar social, reduzindo gastos nas políticas universais, aumentando aquelas focalizadas e aprofundando regras que visam a dificultar ou a protelar a concessão de diversos benefícios sociais³⁰ (COHN, 2005; UGÁ & MARQUES, 2005; NAKAHODO & SAVOIA, 2008).

Autores marxistas como C. Offe e J. O'Connor entendem o surgimento do *Welfare State* como devido a mudanças nas relações de produção, ao mesmo tempo em que ele harmoniza a sociedade de mercado (*i. e.*, o capitalismo) com a democracia política (*i. e.*, representativa) (OFFE, 1984). A análise de classe, por seu turno, sustenta que a democracia nos países cujos estados são caracterizados como de bem estar permite que a população tenha acesso à “mais-valia social” detida

²⁹ As categorias que tiveram seus planos de seguridade estruturados foram as seguintes, em ordem aproximada de criação dos respectivos planos: Forças Armadas, funcionários públicos, professores, empregados e trabalhadores do transporte, eletricitários, bancários, comunicações e outros serviços públicos.

³⁰ Todavia, deve-se notar que, enquanto permaneceram fazendo parte da oposição aos governos liberais ou socialdemocratas, quer fosse durante regimes ditatoriais-militares, quer fosse já nos regimes democráticos, os partidos da esquerda adotavam o discurso da universalização de todas as políticas sociais, além de serem contrários a todas as iniciativas de focalização (GERSCHMAN, 2004; FALETTI, 2010). A decisão tomada pelos partidos de esquerda, uma vez no poder, no sentido de restringir direitos sociais também se deu na Europa, mas foi restrita a países de capitalismo tardio, como a Espanha (ESPING-ANDERSEN, 1993).

pelas elites. No entanto, as instituições formais da democracia (sufrágio universal e eleições competitivas) seriam insuficientes para garantir essa distribuição das riquezas, sendo necessária a condução de partidos trabalhistas ao poder, o que, como visto acima, foi a experiência europeia (MYLES & QUADAGNO, 2002). Schmitter (1997), todavia, faz notar que o liberalismo, tanto político quanto econômico, não está intrinsecamente ligado à democracia especialmente porque houve a incorporação das práticas de “inclusão das massas populares, dirigentes eleitos pelo voto popular, associações de interesses específicos e turbulentos movimentos sociais” e porque há várias formas diretas e indiretas de manifestação da democracia.

O debate em torno do *Welfare State* desde meados da década de 1980 tem sido abordado – e na verdade retomando em novos termos uma discussão presente desde as primeiras iniciativas de bem estar social – com maior ou menor ênfase considerando dois aspectos: (1) a oferta de programas de bem estar para grupos específicos (focalização) ou para toda a população e (2) o grau de participação (isto é, de financiamento) do Estado na oferta desses programas. Em parte como resposta à “crise do *Welfare State*” e às mudanças políticas vistas no final da década de 1970 e início da de 1980, em parte como resposta à “globalização” das economias da década de 1990, esse debate apenas retoma as mesmas questões que sempre estiveram no cerne das propostas de seguridade e de bem estar social, porém agora atualizadas pelo vocabulário contemporâneo (COHN, 2005; HOGGETT, 2005).

Em algumas áreas do globo, o debate universalização-focalização surtiu efeitos bastante concretos, como na América Latina ou no Leste Europeu. Nas duas regiões, durante a década de 1990 o retorno ao jogo democrático na política foi acompanhado de mudanças nas relações entre o Estado, a sociedade e o mercado. Por exemplo, com maior ou menor intensidade, os países da América Latina puseram em prática as propostas do “consenso de Washington” (priorização dos gastos públicos, privatização das empresas estatais, reforma fiscal, liberalização das taxas de juros e do câmbio, diminuição e desregulamentação das diversas barreiras ao comércio e investimentos internacionais e respeito à propriedade intelectual) (WILLIAMSON, 1992), o que motivou, por exemplo, a reforma dos sistemas de previdência social do subcontinente no sentido de sua abertura à iniciativa privada e

a saída do Estado como financiador do sistema (MESA-LAGO, 2006).

Ao mesmo tempo, discute-se o papel do Estado como provedor de serviços de bem estar social frente à integração dos mercados (“globalização”)³¹, provocando uma migração polarizada da mão de obra pouco especializada em direção a países com esquemas de seguridade mais generosos, do tipo *flat-rate benefits*³² (como o Reino Unido), e da mão de obra especializada para países com benefícios baseados na renda (como Alemanha), o que representaria um desafio para a capacidade de os estados de absorver esses trabalhadores e manter suas próprias seguridades sociais (KOLMAR, 2007). Entre outros fatores influenciando o *Welfare State* no século XXI³³ estão o envelhecimento da população – fenômeno visto em todo o mundo mas mais agudamente na Europa –, as mudanças das relações de gênero no trabalho³⁴ e o “pós-industrialismo” (a passagem da mão-de-obra das indústrias para o setor de serviços). Esses fatores produzem uma situação nova, diversa daquela vista nos “30 Anos Gloriosos” (1945-1975): com mais homens aposentados, o Estado necessita obter financiamento a partir da força de trabalho feminina (MYLES & QUADAGNO, 2002).

Uma vez que o contexto maior do qual surgiu a seguridade social brasileira – e, convém lembrar, que foi uma das razões remotas do desenvolvimento da perícia médica previdenciária – foi discutido, é possível e necessário abordar a burocracia, objeto tradicional do estudo sociológico. Tanto o Estado do bem estar social quanto a

³¹ A discussão em torno do papel do Estado vai além do problema de prover serviços e programa que visem ao bem estar de sua população e abrange, por exemplo, o seu próprio funcionamento e as características da sua burocracia – valores, condutas e missões –, os quais deveriam pautar-se não mais por critérios como a imparcialidade e a eficiência mas pela efetividade (HOGGETT, 2005).

³² Beneficiários de benefícios *flat-rate* recebem os mesmos valores independentemente do seu histórico contributivo, isto é, os cidadãos ricos receberão benefícios com os mesmos valores que os pobres. Esse tipo de esquema tem a virtude de diminuir a desigualdade na população; os contribuintes mais abastados financiam as aposentadorias de quem contribui menos.

³³ Schmitter (1997) elenca as seguintes características do mundo contemporâneo: globalização do comércio e dos sistemas de produção; mudança do papel e das fontes de inovação tecnológica; concentração da propriedade; formação de blocos comerciais supranacionais e organizações regionais; expansão e interpenetração de sistemas de comunicação; aumento da vulnerabilidade a ciclos comerciais; necessidade de reestruturação comercial; liberalização de instituições financeiras; individualização de situações da vida pessoal e aumento da insegurança devido às mudanças do papel das grandes potências e diminuição da capacidade do governo por parte de instituições nacionais.

³⁴ Essas mudanças demográficas são vistas também no Brasil desde ao menos a década de 1990. Entre 2006 e 2012, por exemplo, o número de aposentadorias por idade concedidas aumentou de 22,07% (para a faixa etária entre 55 e 59 anos) até 48,95% (para a faixa etária de maiores de 90 anos). Ao mesmo tempo, a participação feminina entre os segurados da previdência social brasileira é maior que a masculina já a partir da população entre 25 a 29 anos (52,42%), chegando a representar 64,71% dos segurados maiores de 90 anos (SILVA *et al.*, 2014).

burocracia moderna evoluem ao mesmo tempo e, na verdade, juntos, apoiando-se mutuamente. Não é por acaso que os países cujas burocracias estruturaram-se mais precocemente foram também os que criaram mais cedo os seus esquemas de proteção social: basta pensar-se no caso da Alemanha bismarckiana. Um esquema de seguridade social oferecido pelo Estado (e não meramente controlado por ele) pressupõe um corpo de servidores voltados exclusivamente para atender à demanda criada pela oferta desses serviços. Portanto, a compreensão do campo previdenciário e da perícia médica previdenciária exige a compreensão do *Welfare State*, que acabamos de ver, e a discussão sobre o papel exercido pela burocracia estatal, objeto do próximo capítulo.

3. O FENÔMENO SOCIOLOGICO DA BUROCRACIA

[...] Há que indagar quem são os *mitopoietas*, como eles são formados, que interesses têm, em que espaço de concorrência estão, como lutam entre si e com que armas o profeta excomunga, o padre canoniza o bom profeta e excomunga os outros. Para compreender os sistemas simbólicos há que compreender os sistemas de agentes que lutam a propósito dos sistemas simbólicos (BOURDIEU, 2014, p. 239).

Entre várias outras dimensões, a perícia médica previdenciária deve ser compreendida como integrando a burocracia estatal ligada às políticas públicas de cunho social. Como o processo histórico de sua gênese será discutido em outra sessão desta tese, torna-se possível abordar com mais vagar as características da burocracia em geral e quais delas a perícia previdenciária exhibe e como isso interfere em sua atividade. A perícia previdenciária, todavia, apresenta alguns traços não contemplados usualmente nas descrições que a Sociologia faz da burocracia “tradicional”, que são característicos da “burocracia do nível de rua”. Se algumas das descrições feitas sobre os peritos médicos soarem repetitivas ou mesmo banais, convém recordar que os peritos médicos não são meros burocratas mas, além disso, são médicos que decidiram ingressar em uma carreira da burocracia que exige um cabedal de conhecimentos único e muito específico (isto é, detêm um “conhecimento perito”, como veremos adiante), recolhendo elementos tanto da formação em Medicina quanto das atividades estatais. Dessa forma, neste capítulo faremos uma discussão sobre a burocracia “em geral” antecedendo uma abordagem mais minuciosa sobre a “burocracia do nível de rua”. Esses conceitos são importantes porque permitem compreender dimensões das relações entre determinados agentes do campo previdenciário (peritos médicos, segurados e chefias hierárquicas).

A compreensão da burocracia teve seu ponto de partida na Sociologia weberiana. Ao analisar os servidores públicos civis da Alemanha de Bismarck, M. Weber propôs que, ao menos idealmente, a burocracia é uma atividade regida por leis e normas administrativas que deve ser conduzida continuamente por pessoas com qualificações previstas regimentalmente. É um sistema de autoridade e hierarquia, estabelecido de tal modo que “as ordens necessárias à execução dos

deveres oficiais se distribuem de forma estável, sendo rigorosamente delimitadas pelas normas relacionadas com os meios de coerção, físicos, sacerdotais ou outros [...]”. Estabelece-se uma relação entre os servidores de tal sorte que o funcionário subordinado cumpre as ordens emanadas de seu superior, a quem cumpre também analisar os recursos impetrados pelos cidadãos contra as decisões dos servidores de níveis inferiores (WEBER, 1982, p. 229ss.)³⁵.

O exercício das funções burocráticas exige o treinamento especializado que inclui o conhecimento (e o cumprimento) de normas gerais que preveem a conduta abstratamente e não para cada caso concreto. A impessoalidade da burocracia é entendida como a possibilidade de que uma dada tarefa seja realizada normalmente por este ou aquele funcionário, independentemente do indivíduo que assuma a execução dessa tarefa. Essa é a característica da disciplina do burocrata: a “obediência precisa” a determinadas regras no desempenho de suas atividades habituais. Da mesma forma, a necessidade da existência de uma burocracia e essa mesma impessoalidade do burocrata permitem que o Estado continue a funcionar e a exercer seu poder por qualquer grupo que seja capaz de assumir o seu controle. O burocrata, como uma engrenagem (analogia empregada por Weber), estaria inserido no aparelho burocrático, apenas respondendo às ordens que recebe, de modo passivo e incapaz de alterar-lhe o movimento, assim como fazem todos os demais servidores da “comunidade de todos os funcionários integrados no mecanismo”, da qual faz parte.

Uma vez recrutado e empossado nas funções do serviço público, o funcionário apresenta quatro características principais relacionadas entre si (BENDIX, 1952):

- monopólio de habilidades;
- monopólio do poder;
- exercício independente do poder e

³⁵ A definição tradicional do termo “burocracia” tem dois sentidos, o primeiro deles sendo aquele dado por Weber. O segundo, uma consequência do primeiro, descreve a “burocratização progressiva da atividade humana em torno de organizações organizadas hierarquicamente, geridas por pessoal treinado e obediente, a concentração da produção em unidades progressivamente maiores e a expansão do aparato estatal” (CROZIER, 2001; tradução livre nossa). A burocratização da atividade humana ultrapassa os serviços públicos civis e militares, sendo válida também para a indústria, o comércio etc.

– autonomia administrativa.

Destarte, se por um lado os servidores públicos sabem como se conduzir nos meandros processuais do aparato estatal (o que é dado a qualquer cidadão, visto a burocracia pautar-se por normas tornadas públicas), por outro lado há momentos em que são necessários conhecimentos bastante específicos sem os quais o desempenho de suas funções seria impossível. Esses conhecimentos próprios da burocracia são o que Anthony Giddens (1991, p. 30) entende por “sistema perito”, isto é, “sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje”. Para ele, tais sistemas de excelência técnica são característicos da modernidade, isto é, da sociedade ocidental surgida a partir do século XVII e repousam grandemente na “confiança”, “na fé na probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos (conhecimento técnico)” desenvolvidos pela humanidade e não revelados por alguma força sobrenatural. Em outras palavras, os sistemas peritos de A. Giddens podem ser comparados ao *habitus* do burocrata, nos termos de P. Bourdieu.

O treinamento dessas funções (e a introjeção do “sistema perito”) pode dar-se dentro dos muros da burocracia (como nas Forças Armadas) ou antes da entrada no funcionalismo público (caso da perícia médica previdenciária, que exige a formação em Medicina). Os grupos de servidores que possuem conhecimentos exclusivos e dos quais dependem as políticas públicas tornam-se, destarte, indispensáveis ao Estado, conferindo-lhes o monopólio do poder sobre as políticas públicas com as quais estão envolvidos. Tais monopólios são sempre relativos, pois sempre é dado ao Estado substituir seus servidores, por mais esotéricos que sejam seus conhecimentos; sempre é possível recorrer à sociedade para obter opções privadas aos servidores estatais, ainda que com algum prejuízo para o desempenho das funções públicas. O poder dos burocratas manifesta-se principalmente em relação à capacidade de modificar as diretrizes vindas dos níveis superiores da administração, seja sabotando sua implementação, seja apenas modificando-lhes o conteúdo.

Esse caráter passivo, impessoal e desinteressado, quase alheio ao mundo que o cerca, do burocrata weberiano é objeto de questionamentos na Sociologia contemporânea. Está claro que o servidor público deve desenvolver suas atividades independentemente de suas preferências pessoais, o que significa que, qualquer

que seja a pessoa cujo requerimento é analisado ou qualquer partido político que se encontre no exercício do poder Executivo, sua rotina de atendimento e de análise seguirá aproximadamente o mesmo padrão. Por outro lado, a impessoalidade e a imparcialidade do serviço público civil coexistem com a discricionariedade própria de cada decisão tomada pelo burocrata e é correto compreender essas decisões como tendo algum grau de componente político. O objetivo de administrar o serviço público com vistas fundamentalmente à eficiência dos processos, à semelhança da administração da iniciativa privada, característica associada por alguns autores a uma visão gerencialista da burocracia, tem como consequência a negação do caráter político da burocracia. O uso da eficiência da oferta dos serviços públicos como critério de qualidade, ao afastar do poder Executivo o pluralismo e os conflitos próprios da sociedade, torná-los-ia apolíticos e, portanto, antidemocráticos (CROZIER, 2001; HOGGETT, 2005).

Vários estudos indicam o quanto a discricionariedade própria aos burocratas afastam-nos na prática do servidor passivo descrito pelo tipo ideal weberiano, ao mesmo tempo em que também se afastam do modelo “gerencialista”. Assim, por exemplo, Selznick (1943) evidenciou que os burocratas adaptam as normas oficiais ao criar estruturas informais entre os diversos agentes, estabelecendo relações de poder, prestígio e controle, fenômenos certamente ligados ao exercício da discricionariedade pelos servidores públicos. Tais estruturas informais originar-se-iam espontaneamente do cotidiano dos funcionários e substituiriam os objetivos declarados da empresa por outros, operacionais, voltados para a resolução das preocupações mais comuns. Além disso, as estruturas informais serviriam como forma de comunicação entre os diversos níveis hierárquicos da empresa (ou da repartição), promovendo e mantendo a coesão, o sentimento de integridade, o autorrespeito e a escolha independente entre os membros do grupo (SELZNICK, 1943).

Em sentido semelhante, Lipset (1952), ao tratar das mudanças na condução das políticas sociais e econômicas canadenses, partindo de um regime de *laissez-faire* para o do *Welfare State*, descreveu uma situação de incapacidade governamental em substituir os servidores públicos, mesmo que a orientação, a estrutura e a propósitos burocráticas divirjam daquelas do novo grupo político no poder, restando-lhe absorvê-los e incorporá-los ao seu projeto político para que haja

continuidade na execução das questões cotidianas. Além disso, os funcionários públicos têm suas próprias preocupações e interesses, o que envolve também posicionamentos acerca dos rumos que as políticas públicas com as quais trabalham podem tomar, afetando o seu desenvolvimento tanto favoravelmente quanto obstaculizando-as. Podemos lembrar dos exemplos brasileiros de 1998 e 2008, quando o funcionalismo público federal mobilizou-se contrariamente às reformas da previdência social cujos conteúdos afetaram direitos há muito associados às carreiras públicas (NAKAHODO & SAVOIA, 2008); ou a atuação das centrais sindicais, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), tradicional reduto de servidores públicos, que exerce pressão sobre os parlamentares no Congresso Nacional e sobre os órgãos do poder Executivo federal sobre matérias de interesse das federações de trabalhadores que representam.

Uma outra forma de a burocracia afastar-se do tipo ideal weberiano ocorre quando os diversos grupos políticos assumem o controle dos serviços dos burocratas para perseguir os seus objetivos específicos. Isso se dá quando o funcionário público é posto a serviço do partido político, quando se dá o “aparelhamento” do Estado (patronagem), isto é, quando se nomeiam indivíduos ligados ao partido para ocupar cargos na administração, pela pura e simples apropriação de recursos públicos ou pela destinação de contratos públicos para a obtenção de apoio, seja financeiro, seja da imprensa.

3.1. O burocrata do nível de rua (*street-level bureaucrat*)

Collectively, street-level bureaucrats absorb a high share of public resources and become the focus of society hopes for a healthy balance between provision of public services and a reasonable burden of public expenditures. As individuals, street-level bureaucrats represent the hopes of citizens for fair and effective treatment by government even as they are positioned to see clearly the limitations on effective intervention and the constraints on responsiveness engendered by mass processing³⁶ (LIPSKY, 1980, p. 12).

³⁶ “Coletivamente, os burocratas do nível de rua absorvem uma grande proporção de recursos públicos e tornam-se o centro das esperanças da sociedade por um equilíbrio saudável entre a provisão de serviços públicos e uma carga razoável de gastos públicos. Como indivíduos, os burocratas do nível de rua representam as esperanças dos cidadãos por um tratamento justo e efetivo por parte do governo, mesmo que vejam claramente as limitações da intervenção efetiva e as

Em seu livro *Street-Level Bureaucrat – Dilemmas of the Individual in Public Services*, de 1980, Michael Lipsky promoveu uma mudança radical no foco analítico sobre a burocracia e os burocratas³⁷. Deixando de lado os servidores “de escritório” ou do chefe da repartição, Lipsky concentrou seus esforços em compreender os funcionários públicos que lidam com o atendimento “face a face” com seu público-alvo, denominando-os “burocrata da linha de frente” (*street-level bureaucrat*)³⁸. Esse tipo muito específico de funcionário tem relações dirigidas a duas direções opostas, uma “para cima”, voltada para os hierarcas superiores da sua organização, e “para baixo”, quando interage diretamente com os cidadãos em sua rotina, momento em que apresenta grande discricionariedade no seu trabalho. A burocracia da linha de frente, por seu turno, é aquela que emprega uma proporção significativa de sua mão de obra no atendimento de linha de frente.

Convém esclarecer que muitas das características da burocracia de ponta discutidas aqui também são descritas nos servidores públicos da retaguarda. Aspectos como a sobrecarga de trabalho, o tratamento altamente padronizado e impessoal das solicitações dos usuários, a escassez de material de consumo, a degradação dos ambientes físicos e a falta de significado subjetivo do trabalho são, todos eles, bem estudados e descritos na linha meio de países tão diferentes quanto a França (CROZIER, 1981), os Estados Unidos (BENDIX, 1952) e o Brasil (NOGUEIRA, 2013).

Quando o burocrata de ponta dirige seus esforços “para baixo”, o público toma contato com o governo (e seu discurso oficial) e com as políticas públicas por meio dos burocratas de linha de frente, seja concedendo benefícios (por meio de dinheiro ou de serviços, como atendimento médico), seja conferindo estatutos (como “criminoso”, “doente mental”). Por meio desse discurso oficial dá-se parte da

restrições na capacidade de resposta motivada pelo atendimento de multidões”.

³⁷ Gostaríamos de esclarecer que esta seção dedicada à caracterização do burocrata do nível de rua foi praticamente toda baseada em Lipsky (1980), a quem rendemos nossas homenagens pela abrangência e lucidez de seus estudos.

³⁸ A tradução literal de “*street-level bureaucrat*” é “burocrata do nível de rua”. Para evitar repetições cansativas e por amor ao léxico, usaremos, como sinônimos de “burocrata de nível de rua” as expressões “burocrata da linha de frente” e “burocrata de ponta”, em contraposição ao burocrata de atividade-meio, ou seja, aquele que não tem contato direto com o cidadão a quem se destina a política pública.

legitimação social dos diversos estatutos associados aos detentores das classificações operadas pelos agentes do Estado (BOURDIEU, 2009). Em termos sucintos, o servidor de ponta age como o “porteiro do sistema” (*gate-keeper*) quando intermedeia as relações de concessão de benefícios envolvendo o governo e os cidadãos usuários.

A atividade do servidor de ponta ameniza as iniquidades socioeconômicas e favorece a aceitação das diferenças sociais pelos beneficiários dos serviços públicos. Naturalmente não se pode supor que tal amenização e sua consequente aceitação devem-se à presença do servidor, um intermediário e uma ferramenta na “entrega” da política social. Os funcionários de linha de ponta entram no serviço público ao menos com um mínimo de comprometimento e com a consciência do papel social do seu emprego ou função. O atendimento ao cidadão, embora em princípio deva ser feito atentando-se para as características específicas da pessoa que se atende, na prática torna-se um atendimento de massa em função de características próprias da burocracia de ponta: a demanda incessante e frequentemente crescente pelos serviços prestados por um número restrito de servidores.

Um traço fundamental do burocrata do nível de rua é a sua notável discricionariedade, apesar da sua posição na hierarquia de comando. A profusão de regras contraditórias, que dificultam a própria aplicação adequada, leva o burocrata a decidir-se: resta-lhe selecionar somente algumas delas, reforçando-as e aplicando-as em detrimento de outras. Muitas atividades de nível de rua têm um grau de discricionariedade que é inevitavelmente elevado e que dificilmente pode ser reduzido. Isso se dá por dois motivos: primeiro, as tarefas realizadas são tão complexas que não podem ser totalmente reduzidas a “formatos programáticos”; em segundo lugar, por atuar diretamente com o componente humano das políticas públicas, os burocratas do nível de rua decidem a partir da observação de casos concretos e da sensibilidade que têm deles. A discricionariedade dos burocratas relaciona-se com a consideração que têm de si mesmos e com o conceito que os usuários fazem deles, no sentido de terem-nos como os responsáveis pela concessão dos benefícios e serviços que buscam junto ao Estado.

Por mais discricionária que seja a prática desses servidores, sua chefia hierárquica ainda pode controlá-los por meio de sanções regulamentares, embora

ainda sem controlar o conteúdo da tarefa realizada, que permanece sendo decidida pelo próprio servidor do nível de rua. Instaura-se, então, um jogo de poder envolvendo a chefia hierárquica de um lado e o servidor de ponta de outro. Como argumentou Lisky (1980, p. 24):

Managers can also manipulate discretionary perquisites they control, such as recommendations for advancement or transfer, or shift and work assignments. They also can facilitate or retard individual workers's efforts, granting a day off here, speeding the processing of work there, and generally making a job more or less desirable³⁹.

Os servidores, por seu turno, detêm o conhecimento perito necessário para as atividades que desenvolvem, além de terem a disposição para interessarem-se e esforçarem-se pela realização das tarefas; a sua posição específica na hierarquia torna-os também mais ou menos acessíveis ao controle. Desse jogo de controle e discricionariedade entre servidores do nível de rua e suas chefias surge uma relação de interdependência, relacional e intrinsecamente conflituosa⁴⁰:

Sometimes different levels of organizations are more appropriately conceived as intrinsically in conflict with each other rather than mutually responsive and supportive. At times it is more useful to view lower-level workers as having distinctly different interests and the resources to pursue those interests. Here discrepancies between policy declarations and actual policy would be expected and predictable. *And explanations for the discrepancies would be searched for not in the breakdown or inadequacy of the compliance system but in the structure of the work situation from which workers with "antagonistic" interests arise* (LIPSKY, 1980, p. 17; sem grifos no original)⁴¹.

³⁹ "Os gerentes podem manipular as vantagens que eles (os gerentes) controlam por meio da sua discricionariedade, como recomendações para a progressão na carreira, transferências ou modificações nas tarefas que o servidor de ponta deve realizar. Eles também podem facilitar ou dificultar os esforços individuais dos trabalhadores, dando-lhes um dia de folga, fazendo seus deveres mais rápidos e tornando suas obrigações mais ou menos desejáveis".

⁴⁰ Neste momento é difícil não fazer referência a N. Elias (1993) quando descreve as relações estabelecidas na alta Idade Média, entre reis, barões e servos como de interdependência, pois o poder exercido por aqueles dependia em grande parte da manutenção e subsistência que estes davam aos reinos; ao mesmo tempo, havia um componente de conflito entre barões e reis disputando entre si o poder sobre seus territórios.

⁴¹ "Às vezes, diferentes níveis de organizações são concebidos mais adequadamente como intrinsecamente em conflito uns com os outros, em vez de sensíveis e solidários mutuamente. Às vezes é mais útil ver os trabalhadores de nível inferior como tendo interesses diferentes e os recursos para perseguir esses interesses. Aqui discrepâncias entre as declarações políticas e a política real são esperadas e previsíveis. Explicações para as discrepâncias devem ser procuradas não na quebra ou na inadequação do sistema de conformidade, mas na estrutura da situação de trabalho a partir do

A dissonância entre o discurso das altas hierarquias da instituição e as suas práticas dirigidas aos servidores de baixo escalão, tanto no que diz respeito às políticas de recursos humanos quanto às regras de aplicação das políticas públicas, é muito palpável e os exemplos abundam. Pode-se, porém, comentar *en passant* a mensagem que a Presidente da República Dilma Rousseff enviou aos servidores públicos federais por ocasião do Dia do Servidor Público de 2014: “O esforço diário de vocês torna as políticas públicas realidade. O trabalho de vocês transforma diretrizes em ações práticas e gera os resultados que beneficiam toda a população brasileira” (ROUSSEFF, 2014). Nesse documento, a dignitária reconhece que os servidores de ponta são os responsáveis pela entrega dos serviços públicos à população e que, portanto, as políticas sociais personificam-se concretamente na figura dos funcionários públicos. Ela também reconhece que cabe aos servidores da linha de frente discriminar quem faz jus aos benefícios, dentre todos os seus requerentes (“Uma tarefa imprescindível para a garantia dos direitos de todos e para o desenvolvimento social e econômico do nosso país”) (ROUSSEFF, 2014). Não se pode deixar de questionar se, acompanhando o reconhecimento de tamanha relevância para a sociedade brasileira, haveria ações voltadas para a valorização dos servidores públicos em termos práticos, como políticas salariais voltadas dos servidores públicos civis federais do poder Executivo, ao mesmo tempo em que se buscasse a isonomia com os poderes Legislativo e Judiciário, por meio da restrição dos aumentos salariais destes.

As condições de trabalho dos servidores do nível de rua distinguem-se por terem as seguintes características:

- os recursos são habitualmente insuficientes para as tarefas que devem executar;
- as demandas pelos serviços prestados aumentam conforme aumenta a sua oferta;
- as expectativas de metas que as agências reguladoras impõem aos servidores de ponta tendem a ser ambíguas, vagas ou conflituosas;
- a atividade guiada por metas tende a ser difícil de ser medida e

qual surgem trabalhadores com interesses antagônicos”.

– os usuários são geralmente involuntários e, assim, não são uma “referência primária” no trabalho dos servidores do nível de rua.

O trabalho dos servidores de ponta apresenta restrições de dois tipos básicos: de recursos (pessoal, materiais) e de informações (sobre os usuários com os quais trabalham e sobre quem decidem). Simultaneamente, eles são cobrados pela carga de trabalho, isto é, pelo número de “eventos” atendidos (que podem ser o número de prisões feitas por policiais ou crianças dentro de uma sala de aula ou ainda pelo número de processos vistos); a esse respeito, Lispky (1980, p. 31) comenta que, “from management’s perspective, street-level bureaucrats are resource units to be applied to a task”⁴².

A demanda pelos serviços prestados pelos burocratas de nível de rua tende a aumentar (e não a diminuir) conforme aumenta a sua oferta; em outras palavras, quanto mais serviços ou servidores há para atendimento, mais pessoas ou tarefas haverá para serem atendidos em resposta à oferta que aumentou. Esse fenômeno é claro na assistência à saúde: quando novos procedimentos médicos, terapêuticos ou diagnósticos, são introduzidos no sistema de saúde, surge em resposta uma procura por eles que tende a superar a oferta. As modificações na oferta dos serviços pode resolver o problema que surge pelo aumento da demanda pelos serviços ou benefícios, porém apenas parcialmente. Isso se dá por alguns motivos. Em primeiro lugar, embora a sobrecarga de trabalho dos servidores seja em parte transferida para os novos servidores, estes atenderão um número limitado de casos (geralmente o mesmo número que seus colegas mais antigos), de modo que a redistribuição dos casos até então represados terá efeitos fugazes. Além disso, se há aumento do número de servidores em um determinado posto de atendimento, a demanda excedente será direcionada para esse posto, isto é, será meramente transferida e não solucionada.

Em segundo lugar, a menos que a carga de trabalho de um servidor do nível de rua diminua drasticamente, digamos, em uma hipótese realmente exagerada, em 50% das atividades, qualquer outra diminuição terá impacto mínimo. Exemplificamos com uma sala de aula do Nível Fundamental em que a professora leciona para,

⁴² “Do ponto de vista da gerência, o servidor do nível de rua é um recurso que serve para realizar uma tarefa”.

digamos, 30 alunos⁴³. Mesmo que a turma diminua para 25 alunos, ainda assim a atenção da professora dividir-se-á por toda a turma, cuja dimensão permanece considerável apesar da diminuição de 16%. O impacto da atuação gerencial sobre o número de serviços ou usuários atendidos e o tempo gasto em cada atendimento não apenas não é “linear” como sua aferição envolve diversos fatores externos ao serviço público.

O aumento no número de atendimentos médicos pelo serviço público pode ser resultado de processos migratórios ou do encarecimento da cobertura de saúde por planos privados; o número de requerimentos de benefício por incapacidade pode aumentar tanto pelo aumento do desemprego quanto pelo aumento dos números de trabalhadores formais filiados à previdência social ou até mesmo a um esquema fraudulento de concessão de atestados médicos com vistas à percepção desse tipo de benefício previdenciário.

A relação entre a carga de trabalho imposta aos servidores de nível de rua e os seus recursos temporais, materiais, humanos e discricionários possibilita uma de duas situações. A primeira é a manutenção de um padrão mínimo de qualidade do serviço ou benefício oferecido, mesmo que haja aumento da carga de trabalho exigida. A outra possibilidade é o seu oposto, isto é, o surgimento de um “ciclo de mediocridade” (*“cycle of mediocrity”*). Em tal situação, uma agência ou um posto de atendimento do nível de rua opta por limitar o número de atendimentos ou, de alguma forma, dificultar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios oferecidos com a finalidade de diminuir a demanda com que tem que lidar⁴⁴.

O “ciclo de mediocridade”, entretanto, não é tolerado pelas hierarquias superiores – ao menos, não em termos programáticos. Normas são baixadas vedando a limitação da emissão de senhas para atendimentos não programados de usuários e exige-se que os servidores de ponta comportem-se de acordo com códigos de conduta que estabelecem que os servidores envidem todos os seus esforços na resolução dos problemas com que lidam diariamente.

⁴³ Esse exemplo foi sugerido pelo próprio M. Lipsky (1980, p. 36), embora tenha sido um pouco modificado por nós.

⁴⁴ Esse fato também foi descrito em outros países além dos Estados Unidos (objeto de estudo de Lipsky). No estudo de Gambetta e Origgi (2013), os servidores públicos italianos optam por prestar serviços de “baixa qualidade” ao mesmo tempo em que, como usuários de outros serviços públicos, têm a expectativa de receberem serviços e benefícios de “baixa qualidade”.

O “ciclo de mediocridade”, mesmo sendo combatido publicamente pela mesma administração que mantém pouco claros os objetivos de seus subordinados, somente tende a perpetuar-se: a carga de trabalho, nunca decrescente, opera a transformação dos usuários de sujeitos em objetos despersonalizados; a preocupação dos servidores consiste em atender à demanda e não a satisfazer os interesses ou vontades dos usuários; mantém-se o controle simbólico exercido pelos pares sobre a atividade do servidor individual.

O aspecto de involuntariedade dos clientes leva a resultados bastante concretos, como é o caso de os servidores não precisarem submeter-se aos clientes em termos comportamentais ou ao fato de não temerem perder clientela em um contexto de demanda praticamente inesgotável, pois sempre há quem se sujeite a procurar os serviços públicos. De modo geral, os clientes não têm como fugir do encontro com os funcionários públicos. Todavia, como cada participante procura algo do outro, o custo de atingir seus objetivos é compensado pelo “valor” do produto do encontro e ambos perseguirão seus objetivos por meio de barganhas: o segurado buscará o benefício previdenciário que depende da decisão do perito médico (ou do funcionário administrativo), quem, por sua vez, depende da cooperação do requerente para cumprir sua função e analisar o pleito do requerente (MEYERS & VORSANGER, 2003). Os clientes podem, por exemplo, criar pequenos embaraços para o trabalho dos servidores, especialmente se a avaliação dos servidores depende, em parte, da cooperação dos usuários. Isso se dá quando o trabalho do burocrata é medido pelo comportamento ou pelos êxitos do usuário (isto é, pelo número de perícias realizadas) ou então quando o usuário consome muito mais tempo do servidor do que seria possível ocupar (LIPSKY, 1980), em um serviço em que há forte pressão temporal – também é o caso do INSS – em que há a vigilância por inúmeros sistemas corporativos.

Nesse contexto é compreensível que o usuário busque formas e meios de diferenciar-se e influenciar a decisão do burocrata. Estratégias como a intensificação da gravidade de seu caso (no caso do auxílio por incapacidade por doença), a amenização de um fato (diante de um policial que deve aplicar uma multa diante de uma contravenção que presencia) ou mesmo a busca da simpatia do servidor (vale a pena lembrar da mítica imagem da maçã na mesa da professora do Ensino

Fundamental)⁴⁵.

A primeira questão a ser feita ao planejar-se a mensuração da atividade do burocrata do nível de rua é saber se ela – a mensuração – visa a garantir a substituição da renda ou a diminuir a dependência do Estado. As metas das agências públicas costumam ser confusas e conflitantes entre si por perseguirem diversos objetivos, vários deles bastante vagos; a formulação das políticas públicas envolve diversos agentes coletivos influentes, cujos interesses nem sempre se coadunam mas que precisam se articular para a execução dessas políticas públicas. Assim, nem sempre os objetivos voltados para o usuário articulam-se bem com aqueles societários ou organizacionais⁴⁶. Ao mesmo tempo em que é preciso perseguir metas que permitam a gestão da organização, é importante que a satisfação dos usuários seja, ao menos nominalmente, um dos objetivos dessa mesma organização. Por outro lado, a função específica do burocrata do nível de rua, embora centrada no usuário, vai de encontro aos seus interesses (caso do perito previdenciário que indefere um benefício por incapacidade) e o desempenho dessa atividade é perpetuado mesmo contrariando a opinião pública.

Havendo então objetivos conflituosos e ambíguos, põe-se uma segunda questão, que é a de como mensurar a atividade dos servidores que transformam os objetivos em prática socialmente apreensível. Além do número de eventos passíveis de algum controle, como número de atendimentos ou alunos ou o tempo gasto com cada atendimento e entre eles, dificilmente se pode aferir fidedignamente a qualidade intrínseca da ação do burocrata de nível de rua, essencialmente humana e profundamente influenciada por disputas ideológicas e políticas.

O controle efetuado sobre a ação dos servidores do nível de rua ainda apresenta dois aspectos não negligenciáveis. Em primeiro lugar, como já argumentamos, eles têm uma grande discricionariedade, que é necessária para suas tarefas, tornando essas tarefas mais complexas e menos padronizadas, portanto menos qualificáveis, ao menos em termos numéricos. Em segundo lugar, como

⁴⁵ Embora seja um problema grave e sério, a corrupção de servidores públicos não está em nossas considerações. Optamos pelo estudo das situações menos aberrantes e mais cotidianas para o servidor do nível de rua médio.

⁴⁶ Esse é o caso das discussões sobre o fim do fator previdenciário, necessário em termos de equilíbrio fiscal da previdência social brasileira, mas que, em última análise, visa a diminuir a aposentadoria dos trabalhadores individuais que se retiram precocemente do mercado de trabalho.

discutido acima, apesar de a demanda aumentar conforme a oferta de serviços, essa relação não é proporcional, no sentido de que há diversos fatores intervenientes, independentes da vontade e da capacidade de ingerência pelos servidores de ponta, na procura pelos serviços. Esses fatores de confundimento nem sempre – quase nunca, na verdade – são levados em consideração quando as metas são estabelecidas e os métodos para sua aferição, criados.

Alguns aspectos do conjunto de valores próprios aos peritos somente podem ser compreendidos plenamente se considerarmos a sua dupla natureza, ou seja, de médicos e de burocratas. Quando se isola o componente “servidor público” do perito previdenciário, deixando-se de lado a face “médico”, vê-se que o seu *habitus* pode ser explicado a partir do conceito de “burocrata do nível de rua”. Na verdade, é precisamente esse componente burocrático do perito que o diferencia dos seus pares assistentes, agindo tão logo haja o ingresso na autarquia e condicionando irresistivelmente seu *habitus* a partir de então, como será visto em detalhes no capítulo 7 e como nossos dados empíricos sugerem.

A discricionariedade exercida pelo burocrata de ponta – a mesma que lhe permite selecionar e adequar as normas abstratas dentre aquelas impostas pela administração aos problemas no momento da apreciação de cada caso concreto – é chamada, no meio médico, de “autonomia”. Essa autonomia é lembrada sempre que o regramento baixado pelo INSS choca-se com o *ethos* pericial; nesse momento, os peritos apelam para as determinações exaradas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), instituições que regulam o comportamento dos médicos e que não têm nenhuma relação de subordinação com a estrutura organizacional da autarquia previdenciária. Muito caracteristicamente, o posicionamento dos Conselhos de Medicina visa a assegurar uma relativa independência dos médicos burocratas em relação ao conteúdo de sua atividade (isto é, das conclusões periciais), em relação ao tempo empregado em cada caso concreto e em relação ao número de atendimentos prestados diariamente – além, é claro, em prol da defesa da dignidade do médico burocrata.

A função precípua do perito médico – a avaliação médica com vistas à concessão do salário substituto durante os períodos de doença (ou melhor, de incapacidade) – é mantida como uma atividade exclusiva daqueles servidores públicos especialmente nomeados para exercê-la. As diversas tentativas de

transferir parte dessa responsabilidade para grupos externos ao INSS, isto é, para terceirizar a perícia médica, não invalida a noção de que se trata de um serviço esotérico executado exclusivamente por um grupo, seja porque a terceirização somente ocorre por autorização do Estado, seja porque, via de regra, a terceirização produz vários resultados deletérios para a Previdência Social, indicando que o Estado deve regular estritamente esse tipo de serviço.

Várias das características da burocracia de ponta que foram descritas por M. Lipsky permitem explicar o *habitus* dos peritos e o posicionamento específico que eles ocupam no campo previdenciário. Apesar de nesta tese mencionarmos esses traços em separado, está claro que eles interagem entre si, reforçando-se mutuamente.

A demanda pelo serviço oferecido – ou seja, o número de segurados que requerem perícias – é praticamente inesgotável e não diminui mesmo que se aumente a oferta de vagas. Na verdade, o aumento do número de peritos em uma determinada região, embora possa ser a resposta a uma demanda reprimida, também provoca o aumento da demanda por esse serviço mais disponível.

O resultado prático do serviço prestado, o recebimento de um salário mantido pelo Estado, é outro aspecto da burocracia do nível de rua visto na perícia médica previdenciária e auxilia a compreensão das outras características, inclusive a demanda inesgotável pelas perícias.

Os atendimentos feitos pelos peritos médicos, conquanto sejam avaliações médicas realizadas por médicos, seguem normas burocráticas, portanto são impessoais em princípio e de fato – são, no dizer de M. Lipsky, atendimentos de massa. Assim, ainda que a análise de um caso concreto permita o exercício da discricionariedade, isto é, da autonomia sobre o conteúdo da perícia, ela pauta-se pelas regras abstratas que se aplicam a todos os requerentes dos benefícios. Some-se a isso a obrigação de atender um determinado número de requerentes diariamente em um período de tempo limitado e o resultado será o desenvolvimento de estratégias para tornar o serviço mais fluido, ou seja, há a seleção e a adaptação das normas à realidade concreta do servidor.

As perícias médicas previdenciárias ocorrem para que se verifique se o requerente enquadra-se ou não nos critérios que a legislação define para a

concessão do benefício financeiro. O perito, então, preocupa-se em responder às perguntas postas implicitamente nas leis previdenciárias: há incapacidade para o trabalho? Quanto tempo durará a incapacidade? A doença é anterior à filiação à Previdência Social? Etc. Dessa forma, o perito preocupa-se mais com o funcionamento da burocracia do que com o segurado avaliado e assume como referência da correção do seu trabalho o cumprimento das normas a que está submetido.

Um último atributo do burocrata do nível de rua é a incapacidade de escolha dos dois agentes individuais que se encontrarão face a face durante uma perícia. Essa incapacidade ocorre em virtude da demanda inesgotável, do limitado número de servidores disponíveis e do princípio da impessoalidade que rege o serviço burocrático. Tal situação é reforçada por normas dos Conselhos de Medicina que proíbem os médicos assistentes, isto é, aqueles que estabelecem vínculos com seus pacientes, de serem peritos de seus próprios pacientes. Pode-se argumentar que o segurado sempre pode escolher o local onde será atendido, seja porque prefere uma APS mais próxima (ou mais distante) de sua residência, seja porque prefere uma APS onde determinado perito está (ou não está) lotado. Mesmo em tais situações o segurado será atendido por um desconhecido, ou, na melhor das hipóteses, por alguém que o toma como mais um caso concreto dentre centenas de outros para aplicar as normas abstratas. O perito, por sua vez, pode sempre se declarar impedido de atender um determinado requerente (por ser seu paciente de consultório ou porque houve algum desentendimento entre ambos).

A descrição feita do perito médico previdenciário como um burocrata do nível de rua permite compreender o seu *habitus* e o seu *ethos* e situá-lo no campo previdenciário, diferenciando-o dos demais agentes do campo previdenciário, especialmente do médico assistente (ao menos em um sentido negativo). Por outro lado, a diferenciação do perito médico previdenciário em relação aos seus colegas autarcas, os servidores administrativos, dá-se menos pelo tipo de atendimento prestado – pois todos os servidores do INSS atendem, de alguma forma, a pedidos de benefícios previdenciários – e mais pela origem das duas categorias: os peritos são necessariamente médicos, ao passo que os servidores administrativos, de modo geral, não precisam de uma formação especializada.

4. O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

A análise da gênese histórica do Estado, como princípio constitutivo dessas categorias universalmente difundidas em seu âmbito, tem como virtude permitir compreender ao mesmo tempo a adesão dóxica ao Estado e o fato de que essa *doxa* seja uma ortodoxia, de que ela represente um ponto de vista particular, o ponto de vista dos dominantes, o ponto de vista dos que dominam dominando o Estado, do que, talvez sem se propor isso, como fim, contribuíram para fazer o Estado a fim de poder dominar (BOURDIEU, 2014, p. 238).

Neste capítulo daremos maior atenção para a manifestação do *Welfare State* brasileiro, isto é, ao seu sistema de seguridade social. A abordagem adotada é tanto teórica quanto empírica; revisamos a historiografia da previdência social brasileira a partir da década de 1920 mas sem nos aprofundarmos na participação da perícia médica nessa evolução, pois disso tratamos no capítulo 7. Como usamos a teoria dos campos bourdieusiana, devemos esclarecer quais são os agentes que compõe o que chamamos de campo previdenciário e, afinal de contas, delimitam-no. Terminamos o capítulo tecendo algumas considerações sobre o órgão do poder Executivo brasileiro encarregado da previdência social – o INSS. São, na verdade, algumas poucas linhas, somente as necessárias para ter-se uma ideia da magnitude e da importância de suas ações para a população brasileira.

A previdência social brasileira teve sua primeira apresentação na forma das caixas de assistência e previdência, organizadas a partir das empresas privadas ligadas a determinadas atividades vinculadas ao surto industrial brasileiro das primeiras décadas do século XX. O Decreto n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923 – também conhecido como “Lei Eloy Chaves” –, instituiu as caixas de aposentadorias e pensões para os funcionários de cada uma das empresas ferroviárias, a serem administradas pelas próprias empresas. Eram considerados empregados os trabalhadores que percebiam salários mensais e os trabalhadores diaristas, desde que exercessem suas funções continuamente na mesma empresa por mais de seis meses. O decreto que criou as caixas dos ferroviários não distinguia entre as diferentes funções exercidas pelos trabalhadores, isto é, tantos os operários da

atividade-fim quanto os das atividades-meio eram segurados. O financiamento das caixas era repartido por meio de contribuições mensais dos trabalhadores calculadas a partir de seus salários, contribuições dos empregadores e outras formas de acúmulo baseadas em diversos critérios⁴⁷, devendo os recursos acumulados ser revertidos apenas para a manutenção da própria caixa ou para o pagamento das prestações previdenciárias, embora pudessem ser aplicados em títulos dos entes federados, desde que não houvesse atraso no pagamento das suas dívidas. As prestações a que os empregados tinham direito consistiam em aposentadorias por tempo de serviço e por idade (podendo ser concedidas proporcionalmente ao tempo trabalhado), a aposentadoria por invalidez⁴⁸, o auxílio-doença⁴⁹ e a pensão por morte; a Lei Eloy Chaves também previa a assistência médica e farmacêutica para o trabalhador e para seus familiares mantida pelos fundos da caixa. Os acidentes de trabalho foram contemplados pelo decreto e isentavam os trabalhadores do período de carência para a aposentadoria por invalidez e para a pensão por morte, estipulada em dez anos de trabalho na empresa, e ainda davam direito à percepção do seguro contra acidentes, instituído desde 1919. As obrigações do Estado eram restritas e limitavam-se a regular o funcionamento das caixas, sem interferir de qualquer modo nas suas administrações ou garantir o valor das prestações, o que equivale a dizer que as caixas não garantiam o valor das prestações se não tivessem condições financeiras de fazê-lo, mesmo contrariando o disposto na Lei Eloy Chaves, em que estavam estabelecidos os pisos dos benefícios. As caixas de aposentadorias e pensões eram administradas por um superintendente indicado pela empresa, dois trabalhadores eleitos com mandatos de três anos e dois representantes da empresa (o caixa e o pagador da empresa).

Com o fim da I República, em 1930, o relacionamento entre as diversas forças políticas altera-se rapidamente; as oligarquias agroexportadoras tornam-se incapazes de atender às demandas das camadas médias, ao crescente processo de

⁴⁷ As outras fontes de recursos para as caixas incluíam as joias pagas pelos trabalhadores, a venda de papéis e materiais recicláveis, as doações e os juros dos fundos.

⁴⁸ A aposentadoria por invalidez exigia o exame feito por “[...] médico designado pela administração da caixa, em que se comprove a incapacidade alegada, ficando salvo à administração proceder a *quaisquer outras averiguações* que julgar conveniente” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS, 1923, art. 14; sem grifos no original).

⁴⁹ O auxílio-doença inexistia à época; o que havia era a aposentadoria por invalidez “parcial” que, contrariamente à invalidez “total”, podia ser revista e cessada quando a “invalidez” (isto é, a incapacidade para o trabalho) cessasse.

urbanização e à intensificação da industrialização; em função disso, os representantes de outros setores marginalizados das oligarquias assumem o papel de hegemonia na direção dos rumos nacionais (ABREU & OLIVEIRA, s/d). Faziam parte do projeto político e ideológico desse novo grupo no poder o rompimento com as antigas relações de coronelismo oligárquico (CARVALHO, 1997) e o enfrentamento das questões sociais tornou-se uma questão política que exigia a intervenção de um novo tipo de Estado, agora “organizador do povo em nação” (ABREU & OLIVEIRA, s/d). A partir do golpe de 1937, com a implantação do Estado Novo, o governo de Getúlio Vargas desempenhou duas funções básicas: a de filtro político, controlando de modo autoritário o acesso de novas camadas sociais ao capitalismo industrial e regulando-lhes o acesso às estruturas de poder, tornando possível, dessa forma, a passagem da economia brasileira de um modelo agroexportador para outro modelo, urbano e industrial, sem que houvesse mudanças abruptas no esquema de dominação. A segunda função desempenhada pelo Estado Novo estava relacionada com o controle de diferentes grupos políticos que buscavam acesso ao poder e que manifestavam diferentes simpatias em relação à cena política internacional (no contexto da II Guerra Mundial) enquanto o Brasil não escolhesse definitivamente a qual lado estaria associado (MARTINS, s/d).

Esses desideratos foram tornados realidade desde o governo constitucional de Getúlio Vargas, a partir de 1934; entre as ações que permitiram o controle por meio do Estado dos diversos grupos sociais e, ao mesmo tempo, permitiram modificar o perfil de inserção econômica internacional e tentar enfrentar as questões sociais estavam a reestruturação e profissionalização dos quadros do funcionalismo público e o acesso de grupos técnicos (muitos dos quais egressos da burguesia industrial) aos ambientes propositivos e decisórios de políticas públicas (MARTINS, s/d)⁵⁰.

Nesse contexto de acesso da burguesia industrial e das classes médias aos círculos de poder é que são tomadas inúmeras medidas dirigidas à proteção e ao controle dos trabalhadores e de seus sindicatos⁵¹, entre as quais se insere a

⁵⁰ De fato, são as reformas do Estado brasileiro conduzidas por Getúlio Vargas que dão origem à moderna burocracia nacional e que produziram efeitos até hoje sentidos, como se vê, por exemplo, nos enunciados do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), ainda hoje usados como jurisprudência da Controladoria Geral da União.

⁵¹ A criação da estrutura sindical tem sido motivo de algum debate na literatura sociológica. Tradicionalmente se entende que Getúlio Vargas inspirou-se no fascismo italiano como forma de

seguridade social. Entre 1923 e 1934, ao menos sete leis foram publicadas, estendendo a previdência social para os funcionários de mais de dez categorias cujos serviços eram explorados pelo Estado ou tinham importância no processo de integração brasileira ao capitalismo internacional⁵². Durante esse íterim, em 1931, organizou-se a previdência dos demais serviços explorados pelo poder público⁵³, ao mesmo tempo em que alguns aspectos do funcionamento da seguridade foram modificados. Embora mantivesse-se o modelo de caixas privadas, organizadas a partir de cada uma das empresas, o Estado passou a interferir mais intensamente por meio do Conselho Nacional do Trabalho, órgão do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), cujas atribuições incluíam a vigilância do cumprimento da legislação trabalhista e previdenciária, a imposição de penalidades, a intervenção nos conselhos administrativos das caixas (nas situações de “desarmonia” entre seus integrantes, improbidade administrativa ou desídia) e a resolução de todas as questões de interesse do funcionamento das caixas de assistência e pensão. O Estado também assumiu diretamente a sua parte na contribuição para a manutenção financeira da seguridade dos trabalhadores por meio de uma quota previdenciária. Em termos trabalhistas, a mesma lei que promoveu essas medidas também estabeleceu um importante marco das relações entre capital e trabalho no Brasil, isto é, a garantia de estabilidade para os trabalhadores contratados por mais de dez anos na mesma empresa⁵⁴. A partir de 1933 as caixas cederam lugar para os institutos de aposentadorias e pensões⁵⁵ (GOMES, 2002), caracterizados por unir

controle estatal sobre o operariado, situação que teria permanecido até a legalização do Partido Comunista Brasileiro, em 1945 (WEFFORT, 1972). Outros autores, no entanto, divergem dessa interpretação e veem a legislação trabalhista e sindicalista de Getúlio Vargas como uma “ponte [...] entre as formas pré-capitalistas de certos setores da economia – particularmente a agricultura – e o setor emergente da indústria. Nesta hipótese, o direito corporativista é a forma adequada para promover a complementariedade entre os dois setores, desfazendo ao unificar a possível dualidade que se poderia formar no encontro do ‘arcaico’ com o ‘novo’” [...] (OLIVEIRA, 2011, p. 38).

⁵² Eram estas as categorias contempladas por essas leis: telegráficos, portuários, estivadores, bancários, comerciários, trabalhadores de empresas de transporte, luz, força, armazenagem do café e bonde.

⁵³ Nominalmente os trabalhadores do transporte, da luz, da força, dos telégrafos e telefones, dos portos, das águas e dos esgotos.

⁵⁴ Os trabalhadores com estabilidade somente poderiam ser demitidos se cometessem alguma falta grave que fosse investigada por inquérito aberto pela empresa e que tivesse a aprovação do Conselho Nacional do Trabalho.

⁵⁵ O primeiro IAP criado foi o dos marítimos, em junho de 1933; em 1934 criou-se os institutos dos trabalhadores de trapiches e armazéns de café, dos estivadores e dos bancários; em 1938 fundaram-se os institutos dos servidores do Estado; em 1939, o dos estivadores e, em 1940, o dos comerciários.

em autarquias de caráter nacional, subordinadas ao MTIC, portanto de grandes dimensões e recursos financeiros, as caixas de natureza privada e que geriam parques recursos. Os diferentes institutos tinham suas próprias legislações⁵⁶, regras de contribuição e planos de benefícios e programas, além de gerirem os recursos independentemente (HOCHMAN, 2006); essa situação permaneceu vigente até a publicação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, quando a legislação previdenciária foi unificada sob os mesmos critérios⁵⁷. Ao longo do tempo, entretanto, alguns institutos foram incorporados ou fundidos, à exceção do lapetec – dos servidores públicos civis da União –, que permaneceu independente inclusive quando o governo militar extinguiu todos os institutos e reuniu-os no Instituto Nacional da Previdência Social em 1966 (HOCHMAN & FONSECA, 1999). Deve-se enfatizar o fato de que, com os institutos, a quota da previdência torna-se paritária, de modo que as contribuições dos empregados, dos empregadores e as da União igualem-se em valores (ao menos na letra da lei).

A LOPS inaugura um momento diferente da atenção governamental à seguridade social. A partir dela, são segurados não somente os trabalhadores urbanos e seus familiares, mas também os pescadores, os autônomos, os avulsos e os temporários⁵⁸. A partir desse momento, a União responsabiliza-se por manter o sistema previdenciário em caso de “insuficiência financeira”, além de responsabilizar-se por custear o funcionalismo e a administração próprio da previdência social. Para fazer frente à capacidade da União de financiamento da seguridade social, foram incorporados diversos meios de arrecadação financeira, muitos dos quais permaneceram inalterados mesmo após a Constituição de 1988; entre as fontes de receita da União estavam valores provenientes dos jogos de prognóstico, turfístico, o seguro do aeronauta, taxas aduaneiras e receitas destinadas pela União especificamente para a manutenção da previdência social.

⁵⁶ As diferenças eram tão gritantes que o prazo de contratação necessário para a estabilidade chegava a apenas dois anos para os trabalhadores da estiva.

⁵⁷ Essa é, sem dúvida, a origem remota do Regime Próprio da Previdência Social, de que trataremos adiante.

⁵⁸ A definição legal de “autônomo” passou a envolver, a partir de 1973, os avulsos e os temporários. A LOPS definiu “autônomo” como sendo “o que exerce, habitualmente e por conta própria, atividade profissional remunerada”; “avulso” como o que presta serviços a diversas empresas, ligado ou não a sindicato; os filiados “facultativos” são, *grosso modo*, os estudantes e as donas de casa. O “temporário” é o trabalhador que substitui o funcionário orgânico temporariamente. Em 1991 criou-se a figura do segurado especial, cujo principal representante é o trabalhador rural.

Além disso, talvez o aspecto mais relevante da LOPS tenha sido, como indicado acima, o fato de ter igualado as regras e benefícios de todos os institutos de assistência e pensão, o que conferiu maior racionalidade ao sistema previdenciário, diminuindo as desigualdades entre as diversas categorias profissionais urbanas (OLIVEIRA & BELTRÃO, 1995).

O período compreendido entre 1945 e 1964 presenciou o crescimento numérico do operariado, das classes médias urbanas e dos trabalhadores agrícolas; tal fenômeno foi acompanhado pela cobrança de aspirações próprias desses grupos, como a implantação de um Estado do bem estar social. O debate político, conquanto tenha absorvido esse ideário, relegou-o a segundo plano, privilegiando propostas desenvolvimentistas e nacionalistas. Ainda assim, os gastos com políticas de corte social, como saúde, educação e previdência social, aumentaram significativamente, tanto em valores brutos quanto em porcentagens do produto interno bruto (PIB), o que foi possível graças à “manutenção consistente de altas taxas de crescimento real positivo [...] no período 1946/1964” (PIRES, 2010; cf. também FONSECA & MONTEIRO, 2005), ainda que não tenha havido modificações estruturais nas políticas sociais. Os gastos sociais passaram de 3,7% do PIB em 1946 para 6,59% em 1964; os gastos com a previdência social cresceram de 28,27% dos montantes aplicados em 1932 para 51,21% em 1964, ao mesmo tempo em que os gastos com a educação minguaram de 44,09% para 29,17% no mesmo período; os gastos com saúde, por seu turno, diminuíram, variando de 27,64% para 19,62% entre 1932 e 1964 (PIRES, 2010).

O regime militar de 1964 a 1985 marca uma inflexão no Estado do bem estar social brasileiro; durante as décadas de 1960 e 1970 há esforços para tornar as políticas públicas universais, centralizadas, com financiamento definido e voltadas para os estratos socioeconômicos desfavorecidos. Em outras palavras, a partir do regime militar o Estado do bem estar brasileiro consolidou-se e expandiu-se de modo decisivo.

A atuação do regime militar foi ampla e profunda. Logo em seu início, em 1968, fez-se a reforma universitária, quando se extinguíram as faculdades e organizaram-se os cursos de graduação a partir de departamentos; o ingresso nas universidades públicas foi regulado por meio de critérios de mérito (vestibulares). As agências de fomento à pesquisa e à formação de recursos humanos de Nível

Superior também foram criadas no bojo dessas mudanças. O Ensino Fundamental gratuito e universal foi estendido de quatro anos para oito anos e a oferta de vagas para o antigo Primeiro Grau foi aumentada, embora a evasão escolar e a repetência tenham continuado a grassar. Além disso, a população de crianças e adolescentes sem acesso à educação formal permaneceu elevada, muito embora o número de matrículas tenha aumentado de duas a cinco vezes entre 1970 e 2007 (DURHAM, 2010). Diversos programas e iniciativas foram criados para expandir a educação dirigida às populações rurais e aos trabalhadores adultos e para valorizar os professores do Ensino Fundamental.

A política habitacional foi impulsionada por programas de casas populares financiadas pelo Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e pelas poupanças. Da mesma forma como se deu com a educação, houve inúmeros programas e iniciativas para expandir a oferta de domicílios, especialmente nos governos Geisel e Figueiredo (1974 a 1985), como o fortalecimento do Banco Nacional da Habitação (BNH), criado durante a gestão do General Castello Branco (1964-1967), embora se considere que os estratos socioeconômicos mais elevados tenham sido mais beneficiados pelos programas habitacionais (DRAIBE, 1994).

Em termos da proteção social estrita, a atuação dos governos militares foi abrangente. Além da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (Funabem) são integrados à previdência em 1969; criam-se sistemas de previdência para os trabalhadores rurais (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e Pro-Rural (Programa de Desenvolvimento Econômico e Territorial)), mantendo, no entanto, valores de benefícios inferiores aos destinados aos trabalhadores urbanos. Os empregados domésticos e os trabalhadores autônomos também são incorporados à previdência entre 1972 e 1973. Durante o mandato do General Ernesto Geisel (1974 a 1979), período caracterizado por ênfase no trato a grandes políticas de caráter social⁵⁹ (D'ARAUJO & CASTRO, 1998) cria-se um ministério específico para as políticas previdenciária e assistencial (Ministério da

⁵⁹ Os arquivos dos despachos do ex-Ministro da Previdência Nascimento e Silva com o Presidente Ernesto Geisel revelam, de fato, uma concepção de política de Estado voltada para a universalização dos programas de proteção social, para a melhoria das condições de vida da população e para a melhoria do atendimento aos cidadãos (CASTRO & D'ARAUJO, 2002).

Previdência e Assistência Social (MPAS)⁶⁰) e as autarquias ligadas à previdência e à assistência social são unificadas em um sistema (o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas)⁶¹). As ações previdenciárias ficaram sob responsabilidade do INPS, enquanto a atenção à saúde era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Do ponto de vista de benefícios, cria-se a renda mensal vitalícia, os programas de assistência ao idoso, à família e aos excepcionais (ZUBA, 2009; INSS, 2012a; DRAIBE, 1994).

A Constituição de 1988 deu voz a diversos movimentos sociais, tanto de cidadãos quanto de funcionários públicos, que se manifestavam desde a década de 1960 (mas mais evidentemente na década seguinte) para promover reformas dos modelos das grandes políticas públicas de caráter social e imprimir nelas os ideais de universalidade, equidade, descentralização e municipalização da prestação dos serviços públicos. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o resultado mais bem acabado da concretização desse ideário e sua realização é produto dos esforços do chamado “Movimento Sanitarista”, cujas origens remontam a meados da década de 1960 (FALLETI, 2010). A criação do SUS exigiu, no entanto, a extinção das antigas autarquias federais de previdência e de atenção médica (INPS e Inamps), pois as atribuições desses órgãos concorriam com as do SUS. Talvez não por acaso, o Deputado Federal relator do projeto de extinção desses órgãos – o médico sanitaria Sérgio Arouca (1941-2003), Deputado Federal entre 1990 e 1998 – foi um dos grandes expoentes do movimento sanitaria e um de seus principais ideólogos. No lugar do INPS criou-se outra autarquia, voltada exclusivamente para a previdência social (Instituto Nacional do Seguro Social – INSS) enquanto a estrutura e as atribuições do Inamps foram transferidas para o SUS.

⁶⁰ O MPAS também respondia pelas políticas de atenção à saúde.

⁶¹ O Sinpas era constituído pelas seguintes autarquias: Iapras (Instituto da Administração Financeira da Previdência e Assistência Social, responsável pela gestão patrimonial e financeira do sistema), Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, cuja função era a assistência à saúde), a CEME (Central de Medicamentos, que produzia medicamentos), o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social, que cuidava da previdência social propriamente dita), a LBA (cuja missão era prestar assistência social), a Dataprev (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social, cuja função era ser o “provedor de soluções tecnológicas para a gestão das informações previdenciárias” (DATAPREV, 2009)) e a Funabem. A partir do Sinpas, o financiamento do Funrural teve os mesmos recursos disponíveis para o INPS.

4.1. A contemporaneidade da previdência social: a Constituição de 1988 e as reformas da previdência⁶²

A Constituição de 1988 estabeleceu que a cobertura previdenciária deveria ser universal, “de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial”, visando à concessão de uma série de benefícios para garantir, *grosso modo*, o sustento do trabalhador e de sua família em diversas situações. Os benefícios deveriam ser irredutíveis em seus valores e os segurados urbanos e rurais perceberiam benefícios de valores idênticos, havendo ainda a participação da sociedade em sua gestão. Os princípios da previdência social da Constituição Federal de 1988 refletem os da própria seguridade social, um “contrato coletivo integrante do próprio direito de cidadania, em que benefícios seriam concedidos conforme a necessidade, enquanto o custeio seria feito segundo a capacidade de cada um” (OLIVEIRA & BELTRÃO,1995). Juntamente com o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), voltado para os trabalhadores urbanos, rurais, empregados domésticos e autônomos, a Constituição também organizou a previdência voltada para os funcionários públicos federais, exclusive militares, no chamado Regime Próprio da Previdência Social e previu os sistemas previdenciários de estados, municípios e os montados por instituições privadas.

Castro (2012) propôs uma divisão das políticas sociais vigentes no Brasil a partir da década de 2010 em políticas setoriais e políticas transversais. As setoriais, por sua vez, dividir-se-iam nas de proteção ou seguridade social (previdência social, assistência à saúde e assistência social) e nas de promoção social, que visam a “geração, utilização e fruição das capacidades de indivíduos e grupos sociais”, compreendendo as políticas de trabalho e renda, educação, desenvolvimento agrário e cultura. Entre esses dois grandes grupos estariam as políticas que as integram e permitem-nas: infraestrutura, habitação, urbanismo e saneamento. Por outro lado, haveria as políticas “transversais”, que operam com recursos de todas as políticas anteriores mas que, ao contrário delas, voltam-se para grupos específicos⁶³:

⁶² Algumas das ideias desenvolvidas a seguir foram apresentadas no V Seminário Nacional de Sociologia e Política, da UFPR, em 2014 (BISCAIA & BEGA, 2014).

⁶³ Não sendo o objetivo desta pesquisa, vale a pena lembrar que essas políticas “transversais” vão na contramão da Constituição Federal de 1988, cognominada “cidadã”, ao prever direitos e privilégios diferenciados e mantidos e garantidos pelo Estado para grupos muito bem circunscritos, ao invés de

igualdade de gênero, igualdade racial, crianças e adolescentes, juventude e idosos⁶⁴.

Entretanto, a previdência social contrasta com as demais políticas públicas de corte social, como a saúde, a assistência social e a educação, por seu caráter fortemente centralizado e por estabelecer uma relação direta entre o Estado (provedor) e o cidadão (usuário), a despeito do que prevê o texto constitucional (“caráter democrático e descentralizado da administração”). A administração e o gerenciamento dos benefícios previdenciários da imensa maioria da população brasileira fica sob a responsabilidade exclusiva do INSS, uma autarquia também fortemente centralizada. É bem verdade que o próprio INSS está subordinado ao Ministério da Previdência Social e este, por sua vez, conta com instâncias “democráticas e descentralizadas de administração”, como o Conselho Nacional da Previdência Social⁶⁵ e o Conselho de Recursos da Previdência Social.

Os benefícios previdenciários são entregues ao cidadão sem a intermediação de entes políticos, agentes sociais ou diferentes níveis de entes federativos, casos muito bem exemplificados pelo SUS (administrado pela União, estados e municípios com a participação ativa da sociedade civil) e pelos ensinos Fundamental (responsabilidade das prefeituras) e Médio (responsabilidade das unidades da federação). As características de centralização e relação direta Estado-usuário mantêm-se mesmo nos regimes próprios de previdência social, isto é, nas previdências sociais dos estados e prefeituras. No caso da assistência à saúde, por exemplo, é a determinação pelo texto constitucional da organização de um sistema de serviços e ações em uma rede única que é também regionalizada, hierarquizada e descentralizada (BRASIL, 1988, art. 198).

A legislação que disciplina os benefícios e o custeio do RGPS, promulgada

perseguem a universalidade da proteção e desenvolvimento do Estado.

⁶⁴ Como nota Cardoso Jr. (2014), “a centralidade da proteção social, em uma sociedade capitalista razoavelmente desenvolvida, ancora-se sobre políticas e programas de transferência e garantia de renda de modo que as áreas previdenciária, assistencial e de emprego, trabalho e renda convertem-se em eixo central da proteção social”. Mesmo com a instituição das políticas sociais “transversais”, as políticas relacionadas com o emprego formal e com a contribuição previdenciária permanecem sendo os “carros-chefes” da proteção social brasileira.

⁶⁵ O Conselho Nacional da Previdência Social é o “órgão superior de deliberação colegiada, [e] tem como principal objetivo estabelecer o caráter democrático e descentralizado da administração” da previdência social. Em sua composição figuram representantes do governo federal, dos aposentados e pensionistas, dos trabalhadores em atividade e dos empregadores (MPS, 2014).

em 1991 pelo ex-Presidente Fernando Collor de Mello, seguiu os preceitos constitucionais e nem sequer mencionou qualquer aspecto relacionado a descentralização, hierarquização ou regionalização do RGPS. As leis n. 8.122 e 8.123 de julho de 1991 (BRASIL, 1991a; 1991b) substituíram o complexo ordenamento existente, construído ao longo das décadas anteriores (MPS, 2008), e estabeleceram o piso e o teto dos benefícios, estendendo o direito aos benefícios a todos os filiados ao regime geral e, por fim, integrando definitivamente os trabalhadores rurais no conceito de cidadania desde há muito aplicado para os contribuintes urbanos. Os direitos e benefícios entre ambos os grupos (trabalhadores rurais e urbanos) foram igualados⁶⁶; além disso, a aposentadoria por idade foi reconhecida para os dois sexos e, no caso dos trabalhadores rurais, em idades inferiores às exigidas para os trabalhadores urbanos, bem como o direito de aposentadoria proporcional por tempo de serviço para os trabalhadores rurais, tal qual se dá entre os urbanos (OLIVEIRA & BELTRÃO, 1995).

Quando Fernando Henrique Cardoso assumiu a Presidência da República, em 1995, a preocupação com os direitos sociais e do Estado do bem estar cedeu lugar para as considerações em torno da “crise do Estado” e para sua companheira, a “crise do *Welfare State*”. Alegando problemas de gestão da burocracia federal que estariam no cerne de todos os grandes desafios com que se defrontava o país à época, teve início um amplo programa de reformas institucionais do Estado brasileiro dirigido pela pasta criada especialmente para esse fim (o Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE)). À administração pública racional-legal e patrimonialista deveria suceder uma administração “gerencial”; em um “[...] mundo que se moveu para um novo ciclo de alta tecnologia na produção e principalmente nos serviços, cujo motor é mais e mais inovação, o paradigma burocrático, avesso à inovação, tornou-se definitivamente superado”⁶⁷ (BRESSER PEREIRA, 2002, p. 12).

As reformas promovidas por Fernando Henrique Cardoso ultrapassaram em

⁶⁶ As obrigações devidas pelos diferentes grupos, no entanto, são distintas. Os filiados obrigatórios à Previdência (trabalhadores com registro na CTPS) contribuem com cotas substancialmente mais elevadas do que os filiados especiais (caso dos trabalhadores rurais).

⁶⁷ A despeito dessa forma pessimista de descrever a máquina estatal federal, o próprio Bresser Pereira (2002, p. 51, nota 33) comenta que a reforma administrativa levada a cabo pelos militares, em 1968, foi realizado com vistas a “transformar o Estado e sua burocracia em instrumentos de desenvolvimento, por meio do planejamento econômico e de uma maior autonomia para empresas estatais e agências descentralizadas do Estado”.

muito as modificações da burocracia; pode-se afirmar, sem grande exagero, que graças a elas o Estado brasileiro atingiu um grau de maturidade, racionalidade e organização adequado para permitir a estabilização da economia e o crescimento socioeconômico por meio de medidas seguidas inclusive pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (ABRÚCIO, 2011). Nesse sentido, citam-se a introdução da nova moeda (o real) e o consequente controle do processo inflacionário que caracterizou a década de 1980; a publicação da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101) em 2000; a venda de empresas estatais; a criação de agências reguladoras e mudanças nas políticas de saúde e de educação, sem mencionar a reforma que interessa neste estudo, a da previdência. Em termos da gestão do Estado, Fernando Henrique Cardoso procurou profissionalizar o serviço público federal (incluindo a universalização da admissão por meio de concursos públicos), a definição de mecanismos de controle do Estado, a “publicização” do poder público e a descentralização das políticas públicas. Apesar de a reforma do Estado brasileira proposta pelo Ministro Bresser Pereira não ter atingido todos os seus objetivos, a concepção de administração pública por “gestão de resultados” foi incorporada definitivamente ao ideário administrativo federal. Nesse sentido, o INSS é considerado um exemplo e um caso interessante, por ter aplicado, durante os governos Lula, as propostas de Fernando Henrique Cardoso:

Para ficar apenas no caso mais interessante de gestão por resultados da experiência lulista, vale citar o caso da reformulação das agências do INSS, que realiza o ideal de gestão pública preconizada por Bresser Pereira [...]: fazer com que as melhorias da gestão cheguem efetivamente ao cidadão. [...] Este projeto conseguiu, a um só tempo, criar um sistema de metas e cobrança por resultados, controle de processos por meio de mecanismos de governo eletrônico e, sobretudo, melhora na prestação dos serviços aos usuários, em termos de agilidade, eficiência e efetividade (ABRÚCIO, 2011, p. 123).

Em 1998, após três anos de tramitação, o Congresso Nacional aprovou uma reforma da previdência social por meio da Emenda Constitucional n. 20, cuja principal contribuição para o sistema foi a desconstitucionalização da fórmula do cálculo da aposentadoria, o que permitiu a instituição do fator previdenciário por meio de lei simples (Lei n. 9.876/99), que alterou dispositivos das leis n. 8.212/91 e 8.213/91. A partir de então se estabeleceu que os salários de benefício correspondem à média de 80% dos maiores salários de contribuição (a partir de

1994); o fator previdenciário, aplicado às aposentadorias por tempo de serviço para aumentar-lhes ou diminuir-lhes o valor, envolve a expectativa de vida, o tempo de contribuição e a idade do segurado no momento em que solicita a aposentadoria⁶⁸. Por outro lado, também se pode compreender o fator previdenciário a partir de um sentido funcional: a postergação das aposentadorias por tempo de serviço, a diminuição das aposentadorias precoces e a adequação dos valores das aposentadorias por tempo de contribuição em relação ao tempo efetivo de contribuição e o tempo de sobrevivência do aposentado percebendo o benefício. Na reforma de 1998 as regras de aposentadoria dos servidores públicos permaneceram basicamente inalterados, embora o dispositivo que prevê um regime complementar ao Regime Próprio já tenha sido previsto na emenda à Constituição.

As justificativas gerenciais usualmente alegadas para a reforma dos regimes Próprio e Geral da Previdência seriam a “irracionalidade” e o “caos” em suas gestões, resultados do característico espírito promotor de direitos do retorno à democracia que teria sido refletido na Constituição de 1988. Citam-se entre esses direitos a possibilidade do acúmulo de uma aposentadoria obtida precocemente, com o trabalhador encontrando-se ainda em idade produtiva (na maturidade e não na velhice), a uma ocupação remunerada; o financiamento da previdência dos servidores, supostamente mantido pelos trabalhadores do Regime Geral; a aposentadoria integral para os funcionários públicos, diferentemente do que ocorria no Regime Geral, caracterizado pela aposentadoria limitada a um valor máximo (BRESSER PEREIRA, 2002).

Aliados aos argumentos gerenciais, os argumentos de cunho econômico mais comuns para justificar mudanças nos planos previdenciários eram (e ainda são) a necessidade do aumento da poupança nacional; a necessidade de atacar o problema do endividamento externo por meio de políticas econômicas favoráveis aos mercados; o histórico de défices dos sistemas de previdência face à transição demográfica dos países latino-americanos (MESA-LAGO & MÜLLER, 2003). De modo muito sintomático, esses foram os argumentos aludidos pelo governo de esquerda de Lula para promover a terceira reforma da previdência do funcionalismo,

⁶⁸ Convém lembrar que a Medida Provisória n. 475/2009, depois convertida na Lei n. 12.254/2010, previa, por iniciativa do poder Executivo federal, a modificação dos critérios de concessão das aposentadorias por tempo de contribuição, ou seja, a extinção do fator previdenciário. No entanto, o Presidente Lula vetou tão-somente o artigo que previa essa modificação.

em 2012 (INSS, 2012b).

A reforma da previdência no Brasil coincide com o momento de reformas similares na América Latina ocorridos durante a década de 1990, à exceção do Chile, que privatizou sua seguridade social precocemente, em 1980. Enquanto no Brasil as reformas limitaram-se a mudanças paramétricas, isto é, foram alterados os cálculos empregados para a concessão dos benefícios, em função, entre outras razões, da maturidade (isto é, de sua antiguidade) e do tamanho do sistema, nos demais países do subcontinente as modificações tenderam a ser estruturais, o que equivale a dizer que todo o modelo de previdência foi afetado. As mudanças deram-se em dois planos; o primeiro é o que difere contribuições fixas (contribuições individuais) de benefícios fixos (repartição intergeracional); o segundo é o do recorte entre a administração feita pelo Estado ou por entes privados.

Contando com o apoio e as orientações do Banco Mundial, os países latino-americanos recém-redemocratizados construíram sistemas previdenciários públicos em que o segmento privado atua competindo (Peru e Colômbia) ou em conjunto com o sistema público (Argentina e Uruguai); há também os casos de países que seguiram o exemplo do Chile, como o México e a Bolívia, em que o sistema público foi substituído pela previdência privada. É interessante notar que o grau de privatização dos sistemas de seguridade social latino-americanos não guardam relação com o “grau” de democracia do país; a Bolívia, país considerado como sendo uma democracia relativamente forte, privatizou completamente a sua previdência, de modo que o percentual de segurados no sistema público é nulo e as garantias oferecidas para o sistema, baixas. O México, por outro lado, cujo “grau” de democracia pode ser considerado “inferior” ao boliviano, apesar de excluir toda a população do sistema público, manteve garantias e a interferência estatais sobre o sistema e a contribuição patronal (MESA-LAGO & MÜLLER, 2003). Veja-se a Tabela 4.1.

TABELA 4.1 – CARACTERÍSTICAS DAS REFORMAS DOS SISTEMAS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DE ALGUNS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA

	ANO DA REFORMA	TIPO DA REFORMA	GARANTIAS DO ESTADO	SEGURADOS NO SISTEMA PÚBLICO (EM %)	GRAU DE PRIVATIZAÇÃO*	GRAU DE DEMOCRACIA**
Costa Rica	2000	Misto	Amplas	100	1	1,2
Uruguai	1995	Misto	Amplas	100	2	2,2
Argentina	1993	Misto	Amplas	100	2	2,3
Colômbia	1993	Paralelo	Amplas	60	3	2,4
México	1995-1996	Substitutivo	Médias	0	4	4,4
Chile	1980	Substitutivo	Amplas	3	6	6,5
Peru	1992	Paralelo	Baixas	23	6	6,5
Bolívia	1996	Substitutivo	Baixas	0	7	2,3

FONTE: o autor, a partir de Mesa-Lago e Muller (2003).

NOTAS:

* Do maior grau de privatização do sistema de previdência social resultante de suas reformas para o menor grau.

** Do maior grau de democratização do regime político no momento da reforma da previdência para o menor grau.

Durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva, a previdência seria motivo novamente de uma emenda constitucional, a de n. 41, em 2003. Desta vez o alvo das mudanças foi o Regime Próprio da Previdência Social. Após o longo processo de negociações para tornar menos rígido o sistema previdenciário que se deu na primeira gestão Fernando Henrique Cardoso, foi possível a Lula aprovar sem grandes dificuldades uma segunda etapa da seguridade, desta vez atingindo o Regime Próprio. Ao contrário do que houve durante a tramitação parlamentar da emenda proposta na gestão anterior, as resistências enfrentadas pelo governo Lula foram de menor intensidade. Além de os partidos de oposição ao governo serem favoráveis à agenda de reformas (o que não se deu durante todo o governo Fernando Henrique Cardoso), o governo Lula mostrou-se mais disposto ao diálogo com os grupos de interesse contrários às suas propostas, especificamente o poder Judiciário, tradicional reduto de manutenção de direitos “diferenciados”. Deve-se também lembrar que, como o foco da emenda era a previdência do funcionalismo público, a oposição da população foi menos intensa. Após as modificações do Regime Geral permitidas pela Emenda Constitucional n. 20, a Emenda n. 41 igualou o cálculo da aposentadoria por tempo de contribuição para os servidores públicos ao da aposentadoria dos segurados do Regime Geral (a média dos 80% maiores

salários), porém mantendo inalterado o teto dos benefícios (conforme negociado com o poder Judiciário) como sendo igual ao dos ministros do Supremo Tribunal Federal.

Uma terceira etapa de reformas da previdência deu-se sucessivamente nos dois governos de Dilma Rousseff, primeiro em 2012 e depois em 2015. Assim, por iniciativa do governo ligado ao Partido dos Trabalhadores, a lei dos fundos de previdência complementar do funcionalismo público federal foi aprovada. Pelo texto da Lei n. 12.618/12, os novos funcionários públicos federais, dos três poderes, devem perceber aposentadorias limitadas ao valor do teto pago pelo INSS aos trabalhadores que contribuem para o Regime Geral da Previdência Social; os servidores que desejem perceber aposentadorias superiores ao teto devem contribuir para o fundo de previdência dos servidores federais, havendo contribuição paritária do governo federal⁶⁹; por fim, cada poder tem seu próprio fundo de pensões.

A exemplo do que se deu durante as negociações da Emenda n. 41, o poder Judiciário manifestou seus interesses de modo assertivo: em 2003 cessou a oposição à iniciativa do poder Executivo após obter garantias de manter suas aposentadorias limitadas aos salários dos ministros das cortes superiores; em 2012 pressionou para que o projeto da lei que criou o Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp) previsse um fundo de pensão para cada poder. Apesar de os agentes envolvidos nessa terceira etapa serem os mesmos da reforma de 2003, a sua atuação – e a repercussão de suas atuações – diferiu grandemente. O funcionalismo público federal posicionou-se contrariamente mas sem haver projeção na imprensa, que, desta vez, manteve-se alheia ao debate. Os partidos políticos, tanto os ligados ao governo quanto os de oposição, posicionaram-se favoravelmente à iniciativa do poder Executivo e o projeto foi aprovado rapidamente em votações simbólicas (FUNPRESP É APROVADO, 2012).

Em 2015, após manobras de grupos políticos de oposição, houve novas mudanças na legislação do RGPS e a importância do fator previdenciário no cálculo das aposentadorias por tempo de contribuição foi drasticamente reduzida pela

⁶⁹ Há também a possibilidade de contribuição para fundos de previdência privados.

adoção da fórmula 85/95⁷⁰.

Os governos Lula e Dilma ainda atuaram no sentido de facilitar a filiação ao Regime Geral da Previdência alguns grupos que tradicionalmente permaneciam à margem da seguridade social. Assim, a desproteção social, isto é, a parte de empregados sem carteira assinada, apresentou redução entre 2002 e 2009 para os trabalhadores da indústria, da construção civil e do comércio e reparação, provavelmente como resultado da expansão da quantidade absoluta de empregos formais entre 2008 e 2009, embora as empregadas domésticas e os trabalhadores rurais tenham mostrado aumento da desproteção social (IPEA, 2011). Por outro lado, as regras para filiação e contribuição mensal para donas de casa de baixa renda e para trabalhadores autônomos (“empreendedor individual”) foram alteradas, de modo a permitir a filiação e a manutenção do estatuto de segurado por meio de cotas diferenciadas (MPS, 2012)⁷¹. Entretanto, os resultados a longo prazo dessa política de expansão do universo de segurados ainda precisam ser definidos.

⁷⁰ Pela fórmula 85/95, sancionada em julho de 2015, o segurado pode aposentar-se por tempo de contribuição desde que a somatória do tempo recolhido para o INSS e da idade seja igual ou maior que 85 (para mulheres) ou 95 (para homens). A fórmula 85/95 foi o modo encontrado para evitar a incidência do fator previdenciário nas aposentadorias por tempo de contribuição solicitadas precocemente por pessoas jovens (isto é, homens com menos de 60 anos e mulheres com menos de 55 anos).

⁷¹ Os segurados facultativos de baixa renda – homens ou mulheres – que se dedicam exclusivamente ao trabalho doméstico podem contribuir com a alíquota de 5% do salário mínimo, desde que a renda familiar não ultrapasse o limite de dois salários mínimos e a família esteja inscrita no CadÚnico (cadastro único para programas sociais do governo federal). Os segurados filiados nessa categoria têm direito a todos os benefícios previdenciários exceto aposentadoria por tempo de contribuição. O empreendedor individual também contribui com alíquota de 5% do salário mínimo mas deve ainda contribuir simbolicamente para os entes subnacionais e devem ser optantes pela forma simplificada de taxaço do imposto de renda (Simples Nacional).

5. OS AGENTES DO CAMPO PREVIDENCIÁRIO

O campo previdenciário brasileiro estruturou-se paulatinamente a partir das políticas trabalhistas da década de 1920, as quais diziam respeito simultaneamente à assistência social, à previdência social, à assistência médica e à legislação trabalhista propriamente dita. Em poucos anos cada uma dessas áreas de atuação do Estado distinguiu-se das demais; o surgimento de órgãos e estruturas autárquicas de complexidade, escopo e orçamentos progressivamente maiores permitiu a individualização dos diferentes setores da seguridade social, ao mesmo tempo em que outras políticas públicas de corte social imbricaram-se nas ações da seguridade – caso das políticas de habitação, de saneamento e de educação. Como o foco desta pesquisa é a perícia médica, preocupamo-nos em explorar o campo previdenciário, mostrando quais são seus agentes coletivos que disputam os diversos capitais.

Tomamos de Bourdieu uma definição muito operacional para campo social, segundo a qual “o limite de um campo é o limite dos seus efeitos ou, em outro sentido, um agente ou uma instituição faz parte de um campo na medida em que nele sofre efeitos ou que nele os produz [...]” (BOURDIEU, 2011a). Dentro do campo previdenciário, portanto, é lícito considerarmos como os “grandes agentes” o INSS, tanto a autarquia/pessoa jurídica quanto seus diversos servidores, bem como os cidadãos usuários dos serviços do INSS – pois são esses grupos que fazem a previdência social funcionar e permitem a sua existência, além de justificar essa mesma existência. Em função de algumas estratégias que adotamos para nossa investigação empírica (ver o capítulo 9), categorizamos os servidores do INSS em dois grandes grupos que exibem traços mais ou menos discerníveis e identificáveis: os peritos médicos previdenciários e os servidores administrativos⁷². Enquanto os peritos médicos são os servidores com formação de Nível Superior em Medicina que fazem precipuamente a análise da incapacidade para o trabalho, os servidores administrativos são os demais funcionários do INSS, que atuam em todas as demais atividades e que não fazem, nem podem fazer, a análise “biomédica” da capacidade

⁷² Já dissemos alhures mas convém repetir: essa divisão é meramente operacional e visa a facilitar nossa pesquisa; ela não pretende impor ou sugerir qualquer forma de categorização, hierarquização ou valoração dos inúmeros servidores do INSS.

para o trabalho⁷³.

Há outros agentes coletivos participantes do campo previdenciário, que podem ser denominados de "secundários" nos termos definidos acima; essa denominação deve-se a que a manutenção do campo não depende deles, nem tampouco existe em função deles, porém são capazes de influenciar os demais agentes e alterar a economia dos capitais disputados. O grupo formado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e conselhos regionais de Medicina interfere nas relações do campo previdenciário estabelecendo limites e normas comportamentais para os médicos que trabalham fazendo análises previdenciárias. Não raramente, as decisões dos conselhos profissionais dos médicos interferem na rotina administrativa do INSS quando, ao reafirmarem a autonomia profissional do médico, limitam a capacidade que o INSS tem de obrigar os peritos a submeter-se às condições de trabalho oferecidas pela autarquia.

O Ministério Público Federal (MPF) e, menos frequentemente, o Ministério Público Estadual (MPE), juntamente aos conselhos de Medicina, seguramente é o agente coletivo externo ao INSS que mais interfere no trabalho do perito médico previdenciário, palpitando tanto sobre o conteúdo da perícia quanto sobre as suas rotinas administrativas. Como será visto adiante, a ação do MPF procura controlar o ato médico pericial, chegando ao ponto de ditar normas a esse respeito.

A Procuradoria Federal Especializada no INSS (PFE-INSS) – é o braço da Advocacia Geral da União (AGU) que se ocupa de defender os interesses do Estado que dizem respeito ao INSS; apesar de trabalharem estreitamente com o INSS (e, frequentemente, dividindo os espaços físicos do INSS), os procuradores federais não são funcionários públicos do INSS, mas da AGU.

O poder Judiciário também merece ser mencionado, dada a elevada frequência e o alcance de suas decisões que afetam tanto o INSS quanto os milhares de segurados da previdência (ver CNJ, 2011). Ao menos na Gerência Executiva do INSS em Curitiba, o mais comum é o INSS ver-se às voltas com a Justiça federal, habitualmente o Juizado Especial Federal Previdenciário (JEF),

⁷³ Fazemos essa pequena distinção, adjetivando a análise médica do trabalho para diferenciar de uma tendência vista no INSS há poucos anos, em que se considerava algo denominado, sem muito rigor teórico, de análise "biopsicossocial" (ou "social" ou ainda "funcional") da incapacidade para o trabalho e que envolveria "equipes multidisciplinares" formadas por médicos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, sociólogos e terapeutas ocupacionais.

embora os poderes judiciários estaduais ocasionalmente também prolatem decisões sobre assuntos previdenciários federais. O poder Judiciário, ao mesmo tempo em que se tem manifestado favoravelmente às intervenções do MPF que determinam a concessão “automática” de benefícios por incapacidade, reiteradamente tem confirmado as posições dos conselhos profissionais de Medicina, reconhecendo a autonomia que os peritos têm de determinar o próprio ritmo de atendimento, sem que seja preciso dar conta de toda a agenda diária de perícias.

O governo federal também se faz presente de outras duas formas. A primeira é por meio das instâncias administrativas “superiores”, isto é, dos diferentes ministérios cujas portarias afetam o conteúdo ou a rotina do ato pericial. Além da evidente importância do Ministério da Previdência Social, deve-se mencionar o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o Ministério do Trabalho⁷⁴, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda. O tipo de influência que esses ministérios exercem sobre a atividade pericial pode ser de dois tipos básicos. O primeiro, representado pelos ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o do Trabalho, influenciam o conteúdo do ato pericial pois estabelecem critérios relevantes para a análise médica. O segundo grupo, representado pelos Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão e o da Fazenda, controlam e influenciam a sobrevivência física dos peritos médicos (por exemplo, por meio da estruturação da cargos e salários periciais). O Ministério da Previdência Social, é desnecessário dizer, está envolvido em todos os aspectos mencionados acima.

A segunda apresentação do governo federal no campo previdenciário dá-se pelos órgãos de controle, ou seja, o Tribunal de Contas da União (TCU) e a Controladoria Geral da União (CGU). Essas autarquias fazem a auditoria de vários aspectos dos serviços oferecidos pelo INSS, incluindo, é claro, a concessão de benefícios por incapacidade e o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC). De modo geral, seus relatórios e acórdãos influenciam muito pouco o

⁷⁴ Em meados de 2015 os Ministérios da Previdência Social e do Trabalho foram reunidos em uma só estrutura, o Ministério do Trabalho e Previdência Social. Essa junção serviu para acomodar as diferentes forças políticas que davam sustentação ao segundo mandato da Presidente Dilma Rousseff. Esse “superministério” manteve as estruturas trabalhista e previdenciária separadas por meio de duas secretarias que assumiram os papéis dos dois ministérios. Para fins didáticos e com vistas à simplificação, manteremos a divisão anterior entre Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social.

cotidiano do perito médico, embora orientem (e por vezes obriguem) o INSS a tomar determinadas decisões.

Não se pode olvidar o papel desempenhado pelo médico assistente, individualmente, que faz o atendimento do segurado e fornece-lhe o atestado médico que lhe permite pleitear o auxílio-doença. Da mesma forma, há os peritos médicos do juízo, que auxiliam os juízes a decidir sobre benefícios por incapacidade.

Esses agentes “secundários” exercem influência maior ou menor nos rumos do campo previdenciário, dependendo, naturalmente, do seu grau de inserção (maior para o MPF, menor para os médicos assistentes). Talvez não seja equivocado afirmar que esses agentes secundários integram outros campos sociais como “principais” e suas participações no campo previdenciário dá-se nos pontos de interface ou de interposição entre dois campos⁷⁵.

Episodicamente alguns outros agentes participam da dinâmica do campo previdenciário, como a Polícia Federal e as centrais sindicais (principalmente a CUT); como suas influências no campo são variáveis e interferem pouco com a perícia médica, não nos deteremos neles, mencionando-os quando for o caso ao longo das nossas discussões.

5.1. O INSS como agente coletivo do campo previdenciário

A estrutura organizacional do INSS é relativamente simples e possui três ou quatro grandes níveis hierárquicos (ver Figura 5.1). O Presidente do INSS é nomeado por meio de portaria ministerial do MPS e, como o nome sugere, é o servidor que dirige a autarquia. O INSS é ligado ao MPS por meio de uma “vinculação”, tal qual se dá com a Dataprev e a Previc, ao contrário do que ocorre com os “órgãos colegiados”⁷⁶ e as secretarias⁷⁷ do MPS, subordinados formalmente

⁷⁵ Apesar de Bourdieu não mencionar o que haveria “fora” dos campos sociais, ou se um agente existiria sem estar inserido em algum campo, dada as suas definições de campo, capital, agente etc., é razoável assumir que “todo agente deve pertencer a algum campo”. Raciocinando assim, ao menos em termos hipotéticos e somente para atender a necessidades operacionais, podemos concluir com mais facilidade que os vários “agentes secundários” pertencem a outros campos sociais e atuam na previdência nos pontos de contato entre os campos.

⁷⁶ Os órgãos colegiados do MPS são os Conselhos Nacional de Previdência Social, de Recursos da Previdência Social, Nacional de Previdência Complementar e Câmara de Recursos da Previdência

ao Ministro da Previdência. Assessorando o Presidente do INSS há várias diretorias e coordenações cujas missões são regular o cotidiano dos servidores, inclusive as políticas de pessoal, de correição e de auditoria. Assim, por exemplo, a Diretoria de Saúde do Trabalhador (Dirsat) é responsável pelas atividades relacionadas principalmente às perícias médicas, enquanto a Diretoria de Atendimento (Dirat cuida do fluxo de atendimento dos usuários nas diversas unidades do INSS. As diretorias e coordenações têm, por sua vez, organizações hierárquicas próprias (ver como exemplo, na figura 5.2, o organograma da Dirsat), fato que se repete nas demais instâncias hierárquicas (superintendências regionais, gerências executivas e APSs).

A composição do quadro de servidores do INSS também é simples, à semelhança de sua estrutura organizacional: são somente duas carreiras ativas – perito médico previdenciário e carreira do seguro social. Esta divide-se em analista do seguro social (servidores com Nível Superior de instrução formal no momento da posse) e técnicos do seguro social (servidores com instrução de Nível Médio). Os peritos médicos correspondem a aproximadamente 12% dos servidores do INSS, enquanto os 88% restantes cabem à carreira do seguro social: 74% são técnicos do seguro social e 14%, analistas do seguro social (INSS, 2015b). As mulheres predominam na carreira do seguro social e, conseqüentemente, no quadro geral do INSS; na carreira de perito médico, por outro lado, o predomínio é masculino, como se pode ver no Quadro 5.1.

QUADRO 5.1 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DO INSS, POR CARREIRA/CARGO E POR SEXO (ABRIL DE 2015)

Total de servidores: 37.146					
Carreira do seguro social				Perícia médica previdenciária	
32.640				4.506	
Técnico do seguro social		Analista do seguro social		---	
27.283		5.357			
Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
12.208	15.075	1.715	3.642	2.621	1.885

FONTE: INSS (2015b).

Complementar (MPS, 2015).

⁷⁷ As secretarias do MPS são a Executiva, a de Políticas de Previdência Complementar, a de Políticas da Previdência Social, além da Consultoria Jurídica do Ministério (MPS, 2015).

Os peritos médicos (e os servidores administrativos) habitualmente são lotados nas APSs onde trabalham diariamente ou na maior parte da semana; assim, a subordinação administrativa dos peritos médicos dá-se com o gerente da APS. No entanto, a subordinação “técnica” dá-se com o Serviço de Saúde do Trabalho (SST) – serviço dirigido por perito médico, subordinado à Gerência Executiva, e que responde pelas questões que envolvam o conhecimento perito médico.

Os servidores envolvidos no cotidiano burocrático são subordinados administrativamente às superintendências regionais (em número de cinco: Sudeste I, Sudeste II, Sul, Norte/Centro-Oeste e Nordeste), cada qual com suas gerências executivas⁷⁸. Apesar de o número de servidores lotados na unidade da federação com maior quantitativo (São Paulo) ter, sozinho, mais do que a soma da segunda (Rio de Janeiro) e terceira (Minas Gerais) unidades da federação com mais funcionários, as superintendências do Nordeste e do Sudeste II têm os maiores números de empregados, com 26,8% e 22,9%, respectivamente. A Superintendência de São Paulo é somente a terceira com mais funcionários (19,3%), seguida pelo Sul (15,5%) e Norte/Centro-Oeste (13,6%) (INSS, 2015b).

A distribuição regional dos peritos médicos é um pouco diferente da dos servidores administrativos; a Superintendência de São Paulo (Sudeste I) conta com 1.054 peritos médicos, correspondendo a 23,4% do seu total, sendo seguida pela superintendência Sudeste II, com 1.053 peritos, ou 23% da força de trabalho médica nacional. A superintendência Nordeste vem em terceiro lugar com 21,3% (960 peritos), o Sul vem em quarto, com 18% (813) e o Norte/Centro-Oeste vem em último, com 629 peritos médicos (14% do total) (INSS, 2015b) (Quadro 5.2).

⁷⁸ Para a lista das gerências executivas de cada superintendência, ver o Anexo B.

QUADRO 5.2 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DO INSS POR SUPERINTENDÊNCIA; TOTAL DE SERVIDORES E PERITOS MÉDICOS (EM %; ABRIL DE 2015)

	SERVIDORES DO INSS (TOTAL)	PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS
Sudeste I	19,3	23,4
Sudeste II	22,9	23
Sul	15,5	18
Nordeste	26,8	21,3
Norte/Centro-Oeste	13,6	14

FONTE: INSS (2015b).

A “unidade funcional de atendimento”, ou a menor estrutura de atendimento do cidadão, é a agência da previdência social (APS), onde estão lotados servidores da carreira do seguro social (os administrativos, como nos referimos a eles nesta tese) e os peritos médicos. Cada Gerência Executiva é responsável por toda organização das APSs sob sua jurisdição, incluindo política de pessoal, logística, rotinas de atendimentos, cumprimento das normas etc. Há um número variável de APSs em cada Gerência Executiva; na gerência de Curitiba, as APSs que atendem usuários são as seguintes:

- em Curitiba:
 - APS Cândido Lopes
 - APS Hauer
 - APS XV de Novembro e
 - APS Visconde de Guarapuava
- na Região Metropolitana de Curitiba:
 - APS Fazenda Rio Grande
 - APS Colombo
 - APS Lapa
 - APS Pinhais
 - APS Campina Grande do Sul
 - APS Itaperuçu

- APS Araucária
- APS São José dos Pinhais
- APS Mandirituba
- APS Campo Largo e
- APS Paranaguá.

Em Curitiba, assim como em diversas gerências executivas, há uma APS de atendimento a demandas judiciais (AADJ) e um serviço de reabilitação profissional (RP). A AADJ não faz atendimento ao cidadão, somente serviços internos que dizem respeito ao relacionamento com o poder Judiciário. A RP, por sua vez, apesar de atender o segurado presencialmente, não tem sua agenda aberta para marcação de perícias por meios remotos (*internet* ou telefone) ou mesmo diretamente na APS; de fato, o segurado tem acesso à RP apenas por dois caminhos: o encaminhamento pelo perito da APS ou por determinação judicial.

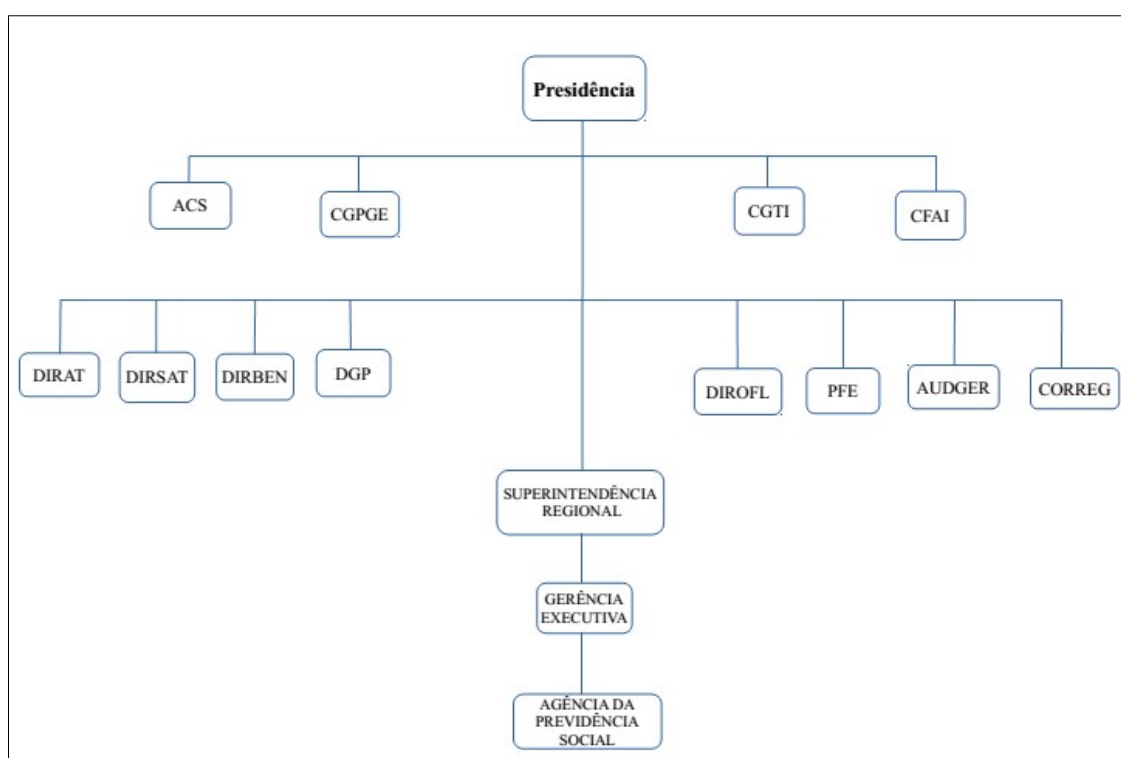


FIGURA 5.1 – ORGANOGRAMA DO INSS

FONTE: MPS (2015a).

NOTA: ACS: Assessoria de Comunicação Social; Cgpge: Coordenação Geral de Planejamento e Gestão Estratégica; CGTI: Coordenação Geral de Tecnologia da Informação; CFAI: Centro de Formação e Aperfeiçoamento do INSS; PFE: Procuradoria Federal Especializada do INSS; Audger: Auditoria Geral; Correg: Corregedoria Geral; Dirofl: Diretoria de Orçamento, Finanças e Logística; DGP: Diretoria de Gestão de Pessoas; Dirben: Diretoria de Benefícios; Dirsat: Diretoria de Saúde do

Trabalhador; Dirat: Diretoria de Atendimento.

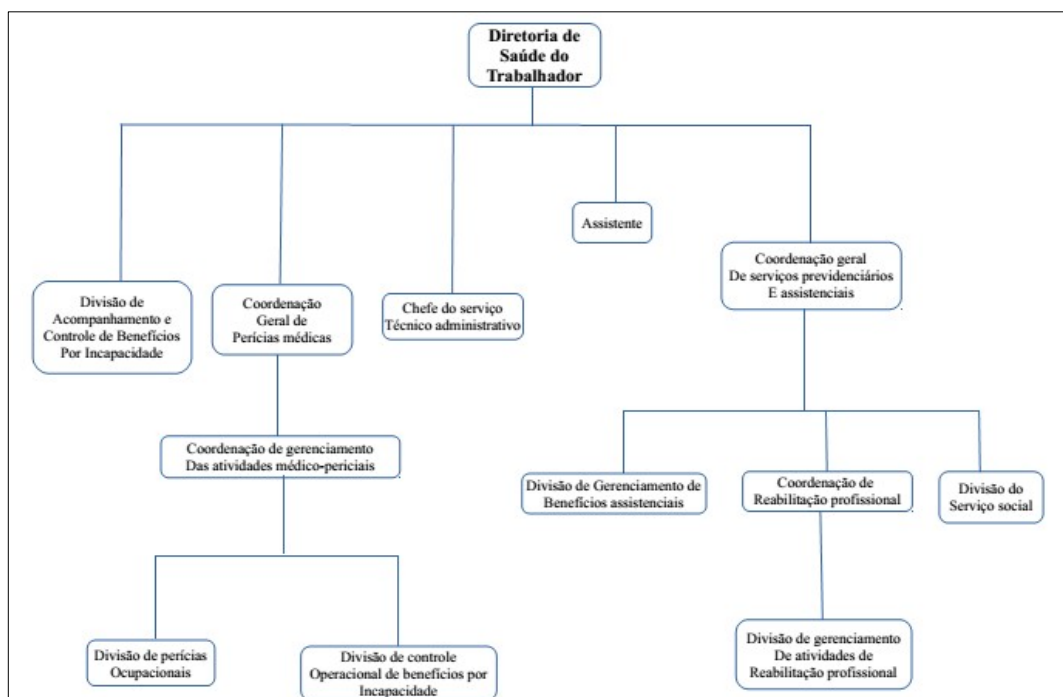


FIGURA 5.2 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA DIRSAT

FONTE: o autor, a partir de MPS (2015a).

5.2. O perfil do funcionalismo federal brasileiro e o impacto de sua atividade sobre a população

Uma vez apresentados os panos de fundo histórico e sociológico do campo previdenciário e de seus agentes, convém esmiuçar quem são os agentes “funcionários públicos”, dentre os quais os peritos médicos e os servidores administrativos do INSS estão incluídos. Além de traçar um perfil demográfico desse grande grupo altamente heterogêneo, aproveitaremos para mencionar algumas informações que mostram o grande impacto que os funcionários públicos têm sobre a população brasileira. Para evitar repetições desnecessárias, os dados do INSS serão apresentados logo após os do funcionalismo público federal “em geral” (e principalmente do poder Executivo federal), com os quais serão comparados.

Segundo dados oficiais do governo brasileiro⁷⁹, a União tem pouco menos de 1,2 milhão servidores públicos na ativa (ENAP, 2015), distribuídos entre os poderes executivo (aproximadamente 89%), judiciário (9%) e legislativo (2%). O poder executivo federal ainda divide-se entre os servidores civis, que constituem 58% do total dos servidores do executivo, e os servidores militares (31% dos servidores do executivo federal). O quantitativo dos servidores públicos federais está discriminado na Tabela 5.1.

TABELA 5.1 – NÚMERO DE SERVIDORES FEDERAIS ATIVOS, POR PODER (2014)

PODER		SERVIDORES
Executivo	Administração direta	244.882
	Autarquias	291.874
	Fundações	91.421
	Empresas públicas	39.177
	Sociedades de economia mista	16.516
	Militares	359.218
Ministério Público da União		17.374
Legislativo		24.902
Judiciário		110.458
TOTAL		1.195.822

FONTE: ENAP (2015).

Os três principais ministérios que integram as políticas de seguridade social – Previdência Social, Saúde e Educação – somam dois terços (67,92%) de toda a mão de obra dos servidores públicos federais ativos do poder Executivo (ver Tabela 5.2). Curiosamente, o Ministério da Fazenda, que não responde por nenhuma política pública de corte social, é o quarto ministério em número total de servidores, ficando atrás justamente da Previdência Social, possivelmente em razão da quantidade de auditores fiscais responsáveis pelo recolhimento de impostos. O quantitativo do Ministério da Previdência Social é bastante modesto se considerarmos as grandes

⁷⁹ Os dados descritos foram obtidos de duas fontes oficiais: ENAP (2015) e MPOG (2015). Há pequenas diferenças entre ambas que podem ser notadas se fizer-se o cotejamento das várias tabelas. Essas diferenças são resultado das metodologias e dos momentos distintos de coletas de algumas informações. No entanto, de maneira geral os dois relatórios coincidem e, de qualquer modo, as cifras que diferem não alteram o panorama geral do funcionalismo brasileiro que nos interessa.

proporções dos montantes envolvidos e do seu alcance social. Dos mais de 38 mil funcionários ligados ao MPS, a imensa maioria (96,36%) trabalha no INSS.

TABELA 5.2 – COMPARAÇÃO DO QUANTITATIVO DE SERVIDORES ATIVOS DOS QUATRO MINISTÉRIOS COM MAIOR NÚMERO DE SERVIDORES E SUA RELAÇÃO COM O TOTAL DE SERVIDORES DO PODER EXECUTIVO (2014; EM %)

ÓRGÃO	SERVIDORES ATIVOS	TOTAL DOS SERVIDORES DO PODER EXECUTIVO (EM %)
Ministério da Fazenda	33.321	5,43
INSS	37.277	6,07
Ministério da Previdência Social	38.682	6,30
Ministério da Saúde	103.829	16,92
Ministério da Educação	274.252	44,69

FONTE: MPOG (2015).

A distribuição de sexo entre os servidores da União mostra uma pequena vantagem dos homens (54%) sobre as mulheres (46%) quando se compara o total de servidores, em todas as faixas etárias. A relação homem-mulher varia conforme a faixa etária considerada, havendo, inclusive, uma discreta inversão da maioria masculina entre os servidores de até 30 anos, conforme se vê na Tabela 5.3. Como o periódico estatístico mensal do INSS, o *INSS em números*, não discrimina a divisão sexual dos seus trabalhadores, evidentemente é impossível fazer essa sua descrição no caso dessa autarquia.

TABELA 5.3 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA E POR SEXO DOS SERVIDORES PÚBLICOS CIVIS DO PODER EXECUTIVO (2014)

FAIXA ETÁRIA	HOMENS	MULHERES
Até 25 anos	10.052	10.298
26 a 30 anos	31.505	32.576
31 a 35 anos	42.369	40.456
36 a 40 anos	35.251	31.136
41 a 45 anos	31.708	26.409
46 a 50 anos	36.443	32.407
51 a 55 anos	46.024	40.373
56 a 60 anos	42.195	29.781
61 a 65 anos	24.340	14.667

Mais de 66 anos	9.469	4.975
TOTAL	309.356 (54%)	263.078 (46%)

FONTE: ENAP (2015).

Em relação ao nível de instrução formal no poder Executivo, pouco mais de 70% dos servidores civis ativos tinham cursado pelo menos o Nível Superior e, até 2014, praticamente um terço desses servidores já tinham algum tipo de pós-graduação cursado no momento de sua posse no serviço público (ver Tabela 5.4).

TABELA 5.4 – DISTRIBUIÇÃO DA ESCOLARIDADE ENTRE OS SERVIDORES PÚBLICOS CIVIS ATIVOS DO PODER EXECUTIVO, AO TOMAREM POSSE (2014; EM %)

NÍVEL	%
Ensino Fundamental	5,6
Ensinos Médio e Técnico	23,8
Ensino Superior	44,6
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	5,8
Mestrado	8
Doutorado	12,2

FONTE: ENAP (2015).

TABELA 5.5 – QUANTITATIVO DE SERVIDORES PÚBLICOS LOTADOS NO MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E EM SUAS AUTARQUIAS, POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE DO CARGO (2014)

NÍVEL DE ESCOLARIDADE DO CARGO	ÓRGÃO		
	MPS	INSS	PREVIC
Auxiliar	9	9.863	-
Intermediário	440	27.237	33
Superior	92	50	59
Não informado	614	127	158
Total	1.155	32.277	250

FONTE: MPOG (2015).

Uma das características do RGPS é a magnitude dos seus números. Como mostrado no Quadro 5.3 e nas tabelas 5.6 e 5.7 os gastos do INSS com benefícios previdenciários são estimados entre 7,2% a 11,3% do produto interno bruto (PIB) brasileiro para o ano de 2012, enquanto as arrecadações previdenciárias chegaram até a 8,2% do PIB (CAETANO, 2014; IPEA, 2014). No estado do Paraná, a

arrecadação previdenciária aproxima-se de 5,14% do PIB estadual, enquanto as despesas do INSS no estado chegam a 6,24% do PIB estadual (MPS, 2014a).

O número de cidadãos contribuintes ultrapassa os 50 milhões de brasileiros, ao mesmo tempo em que em um ano são concedidas por volta de 16 milhões de aposentadorias (IPEA, 2014), das quais três milhões exigem a avaliação pericial médica (pois são aposentadorias por invalidez). O total de benefícios por incapacidade concedidos varia entre 1,3 milhão (em 2012) e 2,5 milhões (em 2013) (IPEA, 2014; MPS, 2014b). A rede de APSs responde por 4,74 milhões de atendimentos mensalmente, entre atendimentos agendados, isto é, programados (pela *internet*, por telefonia ou nas próprias APSs) e atendimentos espontâneos (procura espontânea não agendada); as perícias médicas totalizam 66.500 procedimentos (INSS, 2014c).

QUADRO 5.3 – GRANDES NÚMEROS SELECIONADOS DO INSS

Total de contribuintes para o INSS em 2012 – 51.142.422***
Arrecadação previdenciária em 2012 – 6,3% do PIB (275.765 milhões de reais)*
Despesas previdenciárias em 2012 – 7,2% do PIB (316.590 milhões de reais)*
Total de aposentadorias concedidas em 2012 – 16,726 milhões*
Aposentadorias por invalidez concedidas em 2012 – 3,066 milhões*
Benefícios por incapacidade (“auxílio-doença”) concedidos em 2012 – 1,329 milhões*
Total de atendimentos agendados em outubro de 2014 – 1,27 milhões**
Total de atendimentos não agendados em outubro de 2014 – 3,47 milhões**
Total de perícias médicas agendadas em outubro de 2014 – 66,5 mil**

FONTES:

* o autor, a partir de IPEA (2014).

** o autor, a partir de INSS (2014c).

*** o autor, a partir de MPS (2014b).

As perícias médicas representam desde 9,3% dos atendimentos agendados (na superintendência Sudeste I) até somente 2,9% dos agendamentos (no Nordeste) (INSS, 2014c).

TABELA 5.6 – TOTAL DE ATENDIMENTOS E DE PERÍCIAS MÉDICAS AGENDADOS NAS SUPERINTENDÊNCIAS REGIONAIS DO INSS (OUTUBRO DE 2014)

	SUDESTE I	SUDESTE II	SUL	NORDESTE	NORTE/ CENTRO-OESTE
Perícia médica	25.847	10.583	11.195	8.792	10.052
Total de atendimentos agendados	276.481	155.922	303.415	300.922	232.348

FONTE: o autor, a partir de INSS (2014c, p. 11).

Por outro lado, apesar de representarem menos de 10% dos atendimentos programados mensalmente, as perícias previdenciárias intermedeiam, em ao menos uma fase do processo concessório, a percepção de 49% (no Nordeste) até 60% (nas Superintendências Sudeste I e II e Sul) de todos os benefícios concedidos pelo INSS (dados relativos a outubro de 2014) (INSS, 2014c). O estado do Paraná é responsável por aproximadamente um terço dos benefícios concedidos mensalmente na Superintendência Regional Sul – dados de setembro de 2014 mostram 31.196 benefícios concedidos em todo o Paraná contra 99.797 na Superintendência Sul e 446.815 em todo o país (MPS, 2014a).

TABELA 5.7 – BENEFÍCIOS CONCEDIDOS QUE DEPENDEM DA AVALIAÇÃO PERICIAL MÉDICA E TOTAL DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS, POR SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL (OUTUBRO DE 2014)

	SUDESTE I	SUDESTE II	SUL	NORDESTE	NORTE/ CENTRO-OESTE
Auxílio-doença	61.440	55.057	53.010	43.025	28.229
BPC-LOAS	5.481	7.015	3.584	10.511	5.661
Total de benefícios concedidos ⁸⁰	111.417	104.735	94.370	108.457	59.662

FONTE: o autor, a partir de INSS (2014c, p. 23).

⁸⁰ Os benefícios concedidos, exceto o auxílio-doença e o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS), são as aposentadorias, o salário-maternidade, as pensões, o auxílio-reclusão e “demais benefícios”, o que inclui o auxílio-acidente, a majoração de 25%, a pensão para o maior inválido etc. (INSS, 2014c, p. 23). Essas definições, no entanto, variam conforme os critérios usados pelos editores da publicação. Assim, os *Boletins Estatísticos da Previdência Social* definem “benefícios concedidos” como sendo “os requerimentos de benefícios apresentados pelos segurados à Previdência Social, que são analisados, deferidos e liberados para pagamento, por preencherem todos os requisitos necessários para a concessão da espécie solicitada [...]” (MPS, 2014a).

6. SOCIOLOGIA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO

Uma vez que se explicou anteriormente as condições estáticas do campo previdenciário (e um pouco das mudanças por que ele passou nos últimos pouco mais de 100 anos), neste capítulo trataremos de dois aspectos relacionados à dinâmica do campo previdenciário e que têm grande importância para o *habitus* previdenciário mas que não pertencem propriamente à perícia. Assim, daremos atenção aos usuários da previdência social, principais interlocutores dos peritos e, afinal de contas, a razão de sua existência. Apresentaremos alguns modelos teóricos que buscam explicar quem é o cidadão que busca o INSS, o que leva o cidadão a procurá-lo e porque a atuação do perito médico, prevista pela lei, frustra muitas vezes as expectativas desse cidadão, causando-lhe revolta.

Como foi feito no capítulo 3, além de várias noções teóricas, apresentaremos dados empíricos nossos, desenvolvidos desde 2010.

As investigações que buscam explicar o afastamento do trabalho, seja por doença (ou incapacidade), seja por outros motivos, conquanto não se relacionem diretamente com o objeto desta pesquisa, têm interesse para a compreensão do fenômeno sociológico que estudamos. Se ao perito médico previdenciário cabe avaliar a capacidade para o trabalho de um cidadão que está afastado das atividades laborativas e compreender o contexto social em que esse indivíduo está inserido, torna-se, então, relevante saber como esse afastamento do trabalho é justificado pelo trabalhador e como é produzido socialmente a ausência do ambiente laboral.

Convém ainda mencionar que o adoecimento de uma pessoa não é um fato usualmente contestado: aceita-se a alegação feita por alguém de que se encontra adoentado e que, destarte, não pode trabalhar como fenômenos evidentemente naturais (no sentido de que essa aceitação é naturalizada, não questionada socialmente):

Traditionally, impaired work ability has been perceived as such an obvious consequence of disease that special explanatory models have been unnecessary. In a society dominated by industrial work, people often regard as self-evident that physical weakness, functional impairments and disabilities render people unable to do their work. However, the association

between disease and work ability becomes more complex when working life is dominated by services and trade, and when the disease panorama is characterized by poor psychological health and stress-related disorders⁸¹ (ALLENBECK & MASTEKAASA, 2004).

Além disso, a maioria dos estudos que abordam o absenteísmo laboral não se debruçam especificamente sobre a falta por doença (*sick leave*) mas às faltas por quaisquer causas, sejam por doença, sejam por problemas de transporte.

Como em outros fenômenos sociais, as explicações sobre a ausência do trabalho são várias e podem ser divididas, *grosso modo*, em abordagens de cunho racional-econômico, psicológico, biomédico e sociológico. Assim, semelhantemente à compreensão de cunho mais economicista que entende os cidadãos em relação ao sistema de seguridade social como "miópes", "prudentes" e "imprudentes", o afastamento do trabalho por doença pode ser motivado por cálculos racionais que estabelecem uma relação entre a quantidade de trabalho (que se supõe desagradável ao trabalhador) e o adoecimento. Nessa situação, o impacto do salário sobre a falta ao trabalho resulta em duas possibilidades: salários elevados permitem ao trabalhador obter maior utilidade (isto é, maior poder de compra e de lazer) com menos trabalho ao mesmo tempo em que salários maiores provocam impactos maiores quando o trabalhador falta ao trabalho (ou deixa de trabalhar).

Por outro lado, embora não haja estudos empíricos que deem sustentação a esta proposição, considera-se que sistemas de seguridade social em geral, e de previdência social em especial, mais generosos ou com regras mais abrangentes favorecem o aumento ou a elevação do afastamento por doença. A partir dessa assunção procurou-se explicar o aumento da concessão de auxílio-doença visto na primeira metade da década de 2000: enquanto as reformas da previdência tornaram o regramento das aposentadorias programadas (isto é, por tempo de contribuição e por idade) mais restritivos, o auxílio-doença não foi modificado concomitantemente e na mesma direção (CAETANO, 2006). Essa interpretação é favorecida pelo fato de

⁸¹ "Tradicionalmente, o comprometimento da habilidade de trabalhar é percebida como uma consequência óbvia da doença, tornando desnecessários modelos explicativos especiais. Em uma sociedade dominada pelo trabalho industrial, as pessoas costumam considerar como autoevidente que a fraqueza física, o comprometimento funcional e as deficiências físicas tornam-nas incapazes para fazer o seu trabalho. Entretanto, a associação entre doença e a capacidade para o trabalho torna-se mais complexa quando a vida do trabalho é dominada por serviços e comércio e quando o panorama das doenças caracteriza-se por transtornos psicológicos e relacionados ao estresse".

que as aposentadorias previsíveis exigem a carência de 180 contribuições, enquanto o auxílio-doença necessita de somente 12 contribuições para completar a carência, havendo ainda uma lista bastante longa de doenças que retiram a necessidade das contribuições por período superior à carência, resultando na possibilidade de benefícios originados de somente uma contribuição.

Ainda em relação a explicações econômicas sobre o afastamento por doença, entende-se que o mercado de trabalho influencia as decisões dos trabalhadores de duas formas possíveis: por um efeito “disciplinar”, em que a ameaça do desemprego faz os trabalhadores faltarem menos ao trabalho ou, alternativamente, em que os trabalhadores faltosos serem demitidos mais facilmente ao mesmo tempo em que obtêm novas colocações com maior dificuldade. A segunda influência que o mercado pode exercer consiste na alteração da composição dos empregados quando há demissões e pouca necessidade de trabalhadores. Neste caso, os faltosos são selecionados para serem demitidos ou são escolhidos para não serem contratados (ALLENBECK & MASTEKAASA, 2004).

Os modelos psicológicos ou comportamentais que procuram explicar o afastamento do trabalho são mais numerosos e apontam para mais direções. A proposta do comportamento do retraimento ou de retirada (*withdrawal behavior*) é explicar as possíveis respostas comportamentais dos trabalhadores à insatisfação com o trabalho, variando desde a lentidão e morosidade até a alta rotatividade de funcionários. Essa linha explicativa falhou, no entanto, em relacionar a satisfação com o trabalho e o absenteísmo.

O modelo do processo integra explicações sociológicas com psicológicas ao explicar o absenteísmo visto como relação entre a situação do trabalho, as características pessoais e o ambiente social, uns interagindo com os outros em uma intrincada cadeia de relações. A presença no trabalho dependeria da motivação e da capacidade de estar presente, enquanto a ausência no trabalho é influenciada por doença, acidentes, problemas familiares e problemas de transporte. A motivação para trabalhar, por sua vez, seria influenciada pela satisfação com o trabalho e por pressões de várias naturezas (sociais, econômicas e psicológicas). O trabalhador teria sua satisfação com sua ocupação ligada à “situação do trabalho” e aos seus próprios valores e atitudes. Finalmente, essa “situação do trabalho” dependeria da presença física do empregado no seu posto de trabalho, fato influenciado por

características pessoais do trabalhador, como idade, sexo, tamanho da família etc. (ALLENBECK & MASTEKAASA, 2004).

Um quarto modelo explicativo para o absenteísmo do trabalho baseia-se nas características pessoais dos empregados, sendo por isso também chamado de “disposicional”. Esse modelo procura explicar, entre outros aspectos, quanto se pode imputar a falta ao trabalho ao empregado, isto é, se a falta é voluntária ou involuntária (JUDGE & MARTOCCHIO, 1996). No modelo disposicional, a decisão de faltar pode ser tomada conscientemente pelo trabalhador, de modo que em termos epidemiológicos (ou “agregados”) torna-se possível prever a ocorrência das faltas. De outro modo, a falta pode ser entendida como um hábito ou alguma decisão inconsciente motivada por fatos externos ao ambiente de trabalho. Algumas características pessoais estariam associadas à presença ou à falta ao trabalho; entre as relacionadas ao absenteísmo, externas à vontade do empregado, cita-se a doença pessoal e a necessidade de cuidado de um membro da família. Os fatores que são próprios da personalidade do empregado envolveriam a “vida controlada pela sorte” (*life controlled by chance*) e o “desamparo aprendido” (*learned helplessness*). A presença no trabalho, ou seja, a assiduidade, ocorreria entre os trabalhadores cuja ética do trabalho seria protestante e aqueles que exibissem uma “afetividade negativa” e “internalidade”⁸² (JUDGE & MARTOCCHIO, 1996).

As explicações biomédicas do absenteísmo por vezes lançam mão de alguns conceitos tomados ora da Psicologia, ora da Sociologia, e procuram relacionar variáveis dessas duas ciências com características físicas dos trabalhadores. Os traços dos trabalhadores que se afastam do trabalho por doenças (*sick leave*) são ser jovem, mulher, trabalhador fabril, fumante, ter índice de massa corporal elevado⁸³, ter baixo nível de educação formal, trabalhar em ambientes produtivos

⁸² A “afetividade negativa” seria relacionada a “diferenças na emocionalidade negativa e autoconceito; [...] indivíduos com afetividade negativa elevada são mais propensos a serem ansiosos e irritados e verem a si mesmos e o mundo negativamente”. A “vida controlada pela sorte” “reflete uma predisposição sobre o grau de influência que a sorte tem sobre suas experiências e resultados”. “A internalidade [...] refere-se ao grau de controle que as pessoas creem ter de suas vidas”. O “desamparo aprendido” significa que “pessoas expostas a eventos incontroláveis acabam por desenvolver uma expectativa relativamente constante de que não controlam os eventos” (JUGDE & MARTOCCHIO, 1996, p. 843-844).

⁸³ O índice de massa corporal é definido como a razão entre a massa do indivíduo e o quadrado de sua altura e é um método simples para a determinação da composição corporal. Os valores considerados normais são os encontrados entre 20 e 25 kg/m²; acima de 30 kg/m² o indivíduo adulto é considerado obeso (STEPHENS, 2008).

onde haja muita cobrança e ter percepção negativa da própria saúde. O fator que “protegeria contra” o afastamento por doença seria uma atitude individual de presença no trabalho (SWEDISH COUNCIL ON HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, 2004; VÄÄNÄNEN *et al.*, 2008).

A compreensão sociológica do afastamento do trabalho repousa sobre duas vertentes básicas, didaticamente distintos mas cujos postulados e conclusões aproximam-nas; uma enfatiza a coesão social dentro do ambiente de trabalho e a outra estuda a cultura do absenteísmo. A influência que o grupo exerce sobre os trabalhadores individuais varia em intensidade e em conteúdo conforme o ambiente de trabalho específico. Os empregados que afirmam sentir maior coesão em relação ao seu grupo de trabalho tendem a afastar-se por doença menos que aqueles trabalhadores com ambiente de trabalho menos coeso. Da mesma forma, a atitude do grupo em relação ao absenteísmo por doença exerce uma forma de controle sobre a ausência de seus membros, de tal sorte que quanto mais liberal é a atitude do grupo em relação ao comparecimento ao trabalho, mais comum será o afastamento por doença (VÄÄNÄNEN *et al.*, 2008). Algumas características dos grupos de trabalhadores foram apontadas como favorecendo a coesão social, como a similaridade de gênero (isto é, se o grupo é formado predominantemente por homens ou por mulheres), a frequência de encontros informais fora do ambiente de trabalho, a solidez dessas relações informais e a porcentagem de funcionários que trabalham todo o turno (ao contrário daqueles que trabalham somente meio período) (SANDERS & NAUTA, 2004). No contexto da coesão social, o absenteísmo de curta duração (entendido por Sanders e Nauta como sendo aquele de até dois dias de afastamento do trabalho) pode tanto ser visto como uma atitude “anticooperativa”⁸⁴, quando as normas de reciprocidade provenientes da coesão social e dos laços informais são afrontadas, quanto como uma atitude cooperativa, em que a noção de solidariedade entre os trabalhadores favorece o retorno ao trabalho tão rápido quanto possível, de modo a diminuir a sobrecarga imposta aos colegas não afastados por doença (SANDERS & NAUTA, 2004).

⁸⁴ O absenteísmo de curta duração pode ser considerado uma manifestação do absenteísmo dito “negro”, isto é, aquele relacionado a atitudes “anticooperativas”, no sentido discutido acima. Ele contrasta com o absenteísmo “branco”, o motivado por doenças com causas biomédicas bem estabelecidas (caso de traumatismos ou infecções), e com o absenteísmo “cinza”, originado de doenças de cunho psíquico ou menos facilmente diagnosticáveis (como várias doenças neurológicas). Entende-se que o absenteísmo negro dá-se por decisão do trabalhador e, destarte, torna-se pouco previsível (SANDERS & NAUTA, 2004).

O modelo explicativo da cultura do absentéismo surgiu como uma reação às interpretações comportamentalistas do fenômeno, mais centradas no estudo do indivíduo ausente do que na sociedade em que ele insere-se. Assim como o modelo sociológico baseado na noção de "coesão social", a cultura do absentéismo propugna que a falta ao trabalho é um fenômeno socialmente determinado: a quantidade de faltas e os motivos aceitáveis variam conforme os ambientes sociais e os grupos trabalhistas (ALLENBECK & MASTEKAASA, 2004).

6.1. O "papel de doente" e a história natural da doença no campo previdenciário

O "papel de doente" (*sick role*), conceito desenvolvido por Talcott Parsons (1951), ocupa lugar de destaque na Sociologia Médica, servindo como ponto de partida de inúmeros desenvolvimentos teóricos e empíricos (MECHANIC & VOLKART, 1960). Apesar de ter sido relegado a uma posição secundária na prática sociológica nas últimas três décadas em virtude do que foi chamado de "politização negativa do conceito", de ser considerado simplificador e de sua substituição pela noção de "comportamento de saúde" (BALLARD, 2004; BURNHAM, 2014), ele mantém sua função heurística na compreensão de certos fenômenos do processo saúde-doença.

Segundo Parsons, o papel do doente contém quatro aspectos fundamentais; o primeiro é a dispensa das responsabilidades sociais, proporcional à gravidade da doença. A dispensa das responsabilidades precisa ser respaldada em alguma forma de legitimação e é nesse momento que o médico intervém. Esse aspecto do "estar doente" interessa-nos especialmente; depois de o médico assistente fazer um diagnóstico, portanto caracterizando o sujeito como "doente" e permitindo-lhe ser dispensado de suas obrigações usuais, é-lhe possível procurar a previdência social em busca do benefício dirigido especificamente aos doentes. Dessa forma, a previdência social funciona não somente como um destino natural do doente mas também com uma forma de reforçar socialmente a caracterização de doente do agente. Em outras palavras, o agente que procura a previdência social fá-lo porque está doente e o fato de procurar a ajuda da previdência funciona como uma prova

socialmente aceita de que está doente.

A segunda característica do papel do doente parsoniano é o fato de que estar doente não resulta de um desejo do agente, ou seja, ele está doente como resultado de fenômenos alheios à sua vontade, assumindo, portanto, uma postura passiva no processo saúde-doença. Essa característica encontra amparo até certo ponto na Fisiopatologia de muitas doenças, independentemente de serem elas agudas, crônicas, infectocontagiosas, hereditárias ou mentais. Há limites, no entanto, para a involuntariedade do agente em adoecer: está claro que uma pneumonia bacteriana ocorre quer o agente deseje, quer não deseje, mas uma doença sexualmente transmissível depende, até certo ponto, de decisões comportamentais de quem adoecer⁸⁵. Esta segunda característica articula-se com a terceira descrita por Parsons, que é a obrigação de querer melhorar ("*its obligation to want to 'get well'*").

O quarto e último aspecto do papel do doente parsoniano é, talvez, o mais complexo em termos de análise sociológica. O doente tem a obrigação de procurar auxílio competente tecnicamente e de cooperar com o processo terapêutico. Nesse momento é possível falar em uma "estrutura de papéis complementares" entre o doente que procura o médico para tratar-se e o médico que o assiste em sua convalescença. O agente que é passivo ao tornar-se doente, pois o adoecer dá-se independentemente de seus desejos, transforma-se no sujeito de sua recuperação, pois cabe a ele, e somente a ele, procurar o médico, quem, mesmo sendo o pólo hegemônico nessa relação necessariamente assimétrica, fica na dependência de o paciente consultá-lo voluntariamente para que essa relação estabeleça-se.

Parsons compreendeu muito bem o fato de que o agente que procura o auxílio médico comprova perante a sociedade a sua condição, cabendo-lhe conseqüentemente usufruir dos direitos concedidos aos doentes, entre os quais está a dispensa das obrigações. Por outro lado, para justificar a excepcionalidade do furtar-se às suas obrigações e a possibilidade de usufruir dos direitos concedidos aos doentes, o agente precisa de alguma forma de aval institucional, cuja forma habitual, ao menos na sociedade brasileira, é o atestado médico:

⁸⁵ Não temos a ingenuidade de reduzir o debate sobre o arbítrio dos agentes sobre sua saúde a esses exemplos simples e um tanto simplistas. O nosso propósito é somente exemplificar o conceito de T. Parsons.

It is evident from the above that the role of motivational factors in illness immensely broadens the scope and increases the importance of the institutionalized role aspect of being sick. [...] The privileges and exemptions of the sick role may become objects of a “secondary gain” which is positively motivated, usually unconsciously, to secure or to retain⁸⁶ (PARSONS, 1951, p. 436-437).

Quando se pensa nas funções sociais nominais da previdência social e nas relações sociais que surgem entre os diversos agentes do campo previdenciário, percebe-se que a legitimação social do papel do doente dá-se em dois momentos com significados diferentes, embora relacionados. O primeiro e mais evidente é o afastamento do trabalho pelo agente que se encontra incapaz de exercer suas atividades habituais a partir de um determinado instante. Esse agente, segundo o modelo do papel do doente, apercebe-se adoecido e sem condições de trabalhar, cabendo-lhe procurar o auxílio médico apropriado. Quando o médico assistente planeja o tratamento do seu paciente, simultaneamente ele decide sobre as estratégias que visam à convalescença, sobre a necessidade do amparo pela previdência social e sobre a comprovação perante a sociedade de que o agente está doente. A certificação de doente é feita pelo representante de um grupo de profissionais que, apoiados pelo Estado que lhes permite e define o escopo de seus atos, decidem sobre a realidade da doença do agente (FREIDSON, 2008, p. 330-331).

A legitimação social do papel do doente também se dá quando o agente procura o auxílio da própria previdência social, muitas vezes em busca do “ponto de vista oficial” – o que Bourdieu chama de “discurso oficial” –, que permite dar um estatuto de realidade ao seu alegado papel de doente. De fato, a aceitação feita pela previdência social do estado de doente do segurado assegura o “reconhecimento que [...] tende a afirmar o que uma pessoa ou uma coisa é” (BOURDIEU, 2009, p. 164). Em função do que é determinado como sendo a situação do agente, feita pelo servidor público, determina-se como o agente pode ou deve proceder dentro do aparato oficial, isto é, qual o trajeto que o agente deverá seguir nos meandros da burocracia previdenciária brasileira. O servidor público, destarte, exerce a função de

⁸⁶ “É evidente, a partir do que foi dito acima, que o papel dos fatores motivacionais da enfermidade alarga imensamente o escopo e aumenta a importância do papel institucionalizado de estar doente. [...] Os privilégios e as exceções do papel de doente podem tornar-se objetos de um “ganho secundário” que é motivado, habitualmente de modo inconsciente, para assegurá-lo ou mantê-lo”.

certificador (ou de codificador) que é própria do especialista do Estado, por ser

alguém que recebeu um mandato para produzir um ponto de vista que é reconhecido como transcendente em relação aos pontos de vista singulares, sob a forma de certificados de doença, de inabilitação ou de habilitação, um ponto de vista que confere direitos universalmente reconhecidos ao detentor do certificado (BOURDIEU, 2009, p. 165).

Assim, o profissional médico que também é funcionário do Estado – é um especialista, um *expert* a serviço da burocracia estatal – atua, à semelhança de seu correlato, o médico assistente, certificando a doença do papel de doente, isto é, conferindo-lhe a realidade ao que até então eram apenas alegações subjetivas do agente. No entanto, a sua inserção no seio da burocracia tem consequências práticas sobre a forma como o agente desempenha o seu papel de doente, pois a perpetuação da liberação das obrigações ordinárias e a manutenção de direitos extraordinários está entre suas competências, enquanto ao médico assistente resta propor o tratamento que visa, em última análise, à eliminação daquela alteração (a doença) que justifica a liberação das obrigações ordinárias e o gozo dos privilégios extraordinários.

No campo previdenciário, o papel do doente é abalado e deslocado no sentido da certificação oficial da doença, da liberação das atividades corriqueiras (neste caso, do trabalho) e do desfrute de direitos antes mitigados (a possibilidade de receber um substituto do salário sem precisar dedicar-se a atividades laborativas); essa situação persiste enquanto o agente entender-se doente, seja porque sua doença permanece, seja porque ele procura um “ganho secundário”, no dizer de Talcott Parsons. Dito de outra forma, a ênfase do papel do doente passa da necessidade de procurar auxílio apropriado e cooperar com o tratamento para a busca pela legitimação social do estado de doente.

Além dessa mudança qualitativa do papel de doente desempenhado pelo segurado, pode-se considerar uma mudança simultânea na história natural da doença. O modelo proposto por Leavell e Clark (1976) permite a compreensão aprofundada do processo saúde-doença e pode ser representado esquematicamente, ainda que ao custo da apreensão das múltiplas relações entre o

doente, o ambiente e o agente etiológico⁸⁷ (Figura 6.1). É verdade que a discussão feita por Parsons sobre o papel de doente não é um modelo explicativo do processo saúde-doença, isto é, não foi elaborado para elucidar como e porquê o indivíduo adoece. Também é verdade, entretanto, que há a possibilidade de articular a noção de papel de doente parsoniana com a história natural das doenças de Leavel e Clark sem que os dois conceitos sejam mutilados ou que percam suas capacidades explicativas.

⁸⁷ É importante discernir entre “agente”, termo usado por Pierre Bourdieu para designar o indivíduo ou o grupo participantes das relações e disputas dentro de um campo social, e “agente etiológico”, expressão biomédica que remete habitualmente ao ser vivo (vírus, bactéria, protozoário etc.) – incluindo fatores de natureza física (p. ex., radiação ionizante) ou química (p. ex., exposição à fumaça do cigarro) – que provoca as mudanças anatomofisiológicas no ser humano (hospedeiro) e que é identificado, grosseiramente, como sendo a “causa” de uma certa doença.

FIGURA 6.1 – HISTÓRIA NATURAL DE QUALQUER DOENÇA NO HOMEM EM RELAÇÃO COM O PAPEL DO DOENTE

Período de pré-patogênese		Período de Patogênese					
Inter-relação entre o agente, o hospedeiro e o ambiente →	Primeiros estágios da patogênese	→	Primeiras lesões discerníveis	→	Estágio avançado da doença	→	Convalescença
Promoção da saúde							
	Proteção específica						
		Diagnóstico precoce e pronto atendimento					Reabilitação
			Limitação da invalidez				
Prevenção primária →							
1. Legitimação da doença pela previdência social. Cumprimento das obrigações ordinárias e gozo dos direitos comuns. Legitimação da doença pelo médico assistente. 2. reforço da liberação das obrigações e gozo de direitos 3. cooperação com o tratamento prescrito pela previdência social 2. reforço da liberação das obrigações e gozo de direitos 3. comprovação de consulta com o médico assistente 2. liberação das obrigações e gozo de direitos 3. Cooperação com o tratamento prescrito pelo médico assistente		→	Prevenção secundária			→	Prevenção terciária

FONTE: o autor, a partir de Parsons (1951) e Leavell e Clark (1976).

No período de pré-patogênese, o agente apresenta-se assintomático e hígido, devendo, portanto, desempenhar suas obrigações habituais e sendo-lhe permitido gozar os mesmos direitos que são estendidos aos demais agentes do campo. Assim, espera-se que o agente trabalhe para obter o seu sustento e interaja com outros agentes em todas as dimensões de sua vida; o seu envolvimento com o campo previdenciário é mínimo ou ausente, restringindo-se ao que é prescrito para toda a sociedade, como o recolhimento da contribuição monetária para o sustento da previdência. A sua preocupação em termos de doença dá-se mais pela manutenção da saúde, representada pelo modelo preventivista propriamente dito, desenvolvido por Leavell e Clark. Na pré-patogênese, há o questionamento das disposições pessoais ligadas ao desenvolvimento da doença, como as campanhas contra o tabagismo ou as que incitam a prática sexual “segura”. As intervenções direcionadas especificamente contra doenças são voltadas para segmentos bem determinados de agentes coletivos, ainda saudáveis, como crianças (vacinação infantil) e gestantes (rotinas pré-natais). No campo previdenciário, a pré-patogênese é representada pelo cumprimento do regramento trabalhista de saúde e de segurança no trabalho⁸⁸.

No entanto, é durante o período de pré-patogênese que o agente (“hospedeiro”) entra em contato com o agente etiológico em dado ambiente, resultando no desenvolvimento de alterações anátomo-funcionais que são entendidas socialmente como sinal de doença, dentro do período de patogênese. Vários fatores podem influenciar a procura do agente pelo “auxílio competente tecnicamente”, entre os quais estão a frequência de ocorrência da doença na população⁸⁹, a familiaridade que o agente tem com a sintomatologia da doença (o que inclui o seu conhecimento sobre a evolução (ou história natural) da doença) e, o mais importante, a compreensão que o agente tem das consequências negativas para sua vida (MECHANIC & VOLKART, 1960).

A importância de como o agente apreende as consequências possivelmente negativas para a sua vida é reconhecida na literatura médico-

⁸⁸ No Brasil, esse regramento é baixado pelo Ministério do Trabalho por meio de portarias versando sobre os mais variados aspectos dos processos produtivos e suas implicações para a saúde dos trabalhadores – as normas regulamentadoras.

⁸⁹ Variável designada na literatura biomédica como “prevalência”.

sociológica como um aspecto determinante da ação social do doente e é destacada tanto por Parsons quanto por seus comentadores (MECHANICK & VOLKART, 1960; BALLARD, 2004; FREIDSON, 2008). A perspectiva de perda da fonte de renda por prazos longos ou indeterminados deve fazer parte das ponderações do agente antes de procurar o auxílio médico apropriado, tal como a possibilidade de poder substituir essa renda por um benefício previdenciário que exige, em contrapartida, relativamente muito pouco – provar à previdência social que se mantém em tratamento médico, o que não equivale a dizer que se trata efetivamente ou que contribui para a melhoria de seu estado de saúde. No campo previdenciário, como dito acima, esse tipo de reflexão do agente altera a história natural da doença em um sentido característico.

Retomando o modelo da história natural da doença, a esperança da liberação das obrigações ordinárias e o gozo de direitos extraordinários intensifica o fluxo dos fatos em direção à extremidade direita da Figura 6.1, caracterizada pela proeminência paulatina das relações entre agente e previdência social e pelo simultâneo distanciamento entre agente e médico assistente. O resultado pode ser representado pelo esquema visto na Figura 6.2.

FIGURA 6.2 – HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS NO CAMPO PREVIDENCIÁRIO

HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS, MEDIDAS PREVENTIVAS E PREVIDENCIÁRIAS				
Período de Pré-Patogênese		Período de patogênese		
Inter-relação entre o agente, o hospedeiro e o ambiente →	→	Primeiros estágios da patogênese →	Primeiras lesões discerníveis →	Estágio avançado da doença → □
				Convalescência
				Promoção da Saúde
Promoção da Saúde				
	Proteção específica			
		Diagnóstico precoce e pronto Atendimento		Resolução
			Perpetuação da invalidez	Judicialização do benefício
			Benefício por incapacidade	Manutenção do benefício por incapacidade
		Benefício por incapacidade	Mudança do diagnóstico	Mudança do diagnóstico
		Judicialização do benefício	Reabilitação Profissional	Aposentadoria por invalidez
			Judicialização do benefício	Auxílio-acidente
		Modificação das relações de trabalho		
		Cumprimento de normas de higiene ocupacional	Modificação das relações de trabalho	Modificação das relações de trabalho
			Cumprimento de normas de higiene ocupacional	Cumprimento de normas de higiene ocupacional
				(Retorno ao trabalho)
Prevenção Primária →	→		Prevenção Secundária □→	Prevenção Terciária
Médico Assistente				Perito médico previdenciário (Médico assistente)
NÍVEIS DE APLICAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS				

FONTE: o autor, a partir de Leavell e Clark (1976).

Nesse esquema, propõe-se que o agente que exerce o papel de doente no sistema de seguridade social da previdência modifica sua postura, não mais visando à recuperação da sua higidez, mas à perpetuação da sua incapacidade. Neste momento convém fazer um esclarecimento: a incapacidade, como a doença, é um fenômeno social no sentido de que é a resposta socialmente aceita às alterações anátomo-fisiológicas (no caso da doença) ou à capacidade de desempenhar as atividades ordinárias em função da doença (no caso da incapacidade laborativa). Assim, o fenômeno biológico “doença”, apesar de ser indispensável, não é suficiente para caracterizar o fato social “doença” se não houver reconhecimento social de que essas modificações anátomo-fisiológicas representam uma anormalidade que deve ser avaliada e tratada sob a orientação do profissional médico⁹⁰ (FREIDSON, 2008). Com a incapacidade se dá o mesmo: é preciso que haja reconhecimento social de que as modificações anátomo-fisiológicas provocadas por uma doença comprometem as possibilidades do agente de desincumbir-se de suas atribuições ordinárias (nomeadamente as trabalhistas dentro do campo previdenciário).

Reforçando a noção de que a incapacidade para o trabalho é um fenômeno social (como são todos, de uma forma ou de outra), está o tipo de avaliação feita pelo “expert” do Estado encarregado de avaliar o comprometimento que a doença provoca sobre o desempenho do trabalho. Além dos aspectos mais evidentes, como o tipo da doença que o segurado alega como causadora de sua incapacidade (que é a face mais biológica da análise), o perito médico avalia o grau de instrução do segurado, as rotinas da sua atividade profissional e o tipo de vínculo que o segurado mantém com o seu trabalho e com a própria previdência social, entre outras dimensões⁹¹.

⁹⁰ A definição que E. Freidson faz para doença é muito interessante e útil inclusive em termos médicos: “[...] A doença que interessa ao sociólogo pode ou não ter fundamento na realidade biológica, mas sempre tem um fundamento na realidade social que é reconhecida e designada pelas pessoas, seja qual for sua competência científica; é levada em consideração seu comportamento [...] Parece adequado ao sociólogo da Medicina analisar a doença como uma forma de desvio social que é pensada como tendo causa biológica e que requisita um tratamento biofísico [...] Em qualquer caso empírico, as ‘doenças’ podem ou não ser biologicamente ‘reais’, mas o papel da doença é sempre socialmente ‘real’” (FREIDSON, 2008, p. 236).

⁹¹ Deve-se lembrar também da pesquisa da relação denexo causal entre a doença alegada pelo segurado e as suas atribuições no ambiente de trabalho.

A preocupação do perito médico em esclarecer esses quesitos antes de tomar sua decisão burocrática relaciona-se à tentativa do segurado em modificar a percepção social de sua incapacidade biológica. Isso é feito por meio de diversos artifícios, muitos dos quais visam a reforçar as características do papel de doente, especialmente a legitimação da doença por meio da certificação conferida pelo médico assistente da realidade da doença e o comprometimento do segurado com a efetividade de seu tratamento médico.

A perpetuação do segurado na situação de exclusão de obrigações e gozo de direitos envolve também o recurso a diferentes médicos assistentes ou a diferentes agentes presentes no campo previdenciário. A mudança de médicos assistentes não tem em vista somente diferentes opiniões sobre a mesma doença mas sobretudo a busca pela legitimação de outras queixas transformadas no fato social doença. Não se questiona a evidente possibilidade de uma mesma pessoa ser acometida de mais de uma doença simultânea ou sequencialmente⁹²; no campo previdenciário, no entanto, uma das formas encontradas pelos segurados para conseguirem a legitimação oficial conferida pelo Estado de que está incapaz para o trabalho é referir diferentes doenças. A mudança da doença imputada como justificativa para manter a incapacidade não se dá aleatoriamente; de fato, há um repertório de doenças pouco abrangente, limitado no tempo, que serve como fonte de diagnósticos alternativos.

Até o final da década de 1970 e início da de 1980, as doenças imputadas com maior frequência como causas da incapacidade eram o convalescimento de cirurgias (por exemplo, rafia de uma úlcera péptica perfurada), traumas e cardiopatias (LIMA FILHO, 2014). A partir de meados da década de 1980, o perfil modificou-se e o que se viu foi a elevada incidência de doenças dos tecidos moles dos membros superiores (as “tendinites”, conhecidas genericamente como LER-DORT (lesões por esforços repetitivos – doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho)), comumente associada

⁹² Aliás, essa possibilidade tem se tornado cada vez mais comum, tendo em vista a transição epidemiológica, vista inclusive no Brasil, caracterizada pela diminuição intensa da prevalência de doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas, tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e obesidade (SCHMIDT *et al.*, 2011), um fato que não tem passado despercebido da literatura sociológica que aborda a profissão médica (STRAUSS *et al.*, 1997).

aos bancários brasileiros, sendo também descrita em diferentes grupamentos profissionais em outros países (VERTHEIN & MINAYO-GÓMEZ, 2001). A partir da década de 2000, as LER-DORT começaram a dividir espaço com os transtornos mentais (BOFF, 2002) e mudaram de feição. As tendinites das extremidades dos membros superiores deixaram de ser diagnosticadas ao mesmo tempo em que lombalgias crônicas e as lesões dos ombros e joelhos tornaram-se muito prevalentes (BISCAIA & GALLO, 2013), conforme se vê nas tabelas 6.1 a 6.3⁹³.

TABELA 6.1 – PRINCIPAIS CAUSAS DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO-DOENÇA NA GEX-CURITIBA (FINAL DA DÉCADA DE 1970)

MOTIVO ALEGADO PARA O AFASTAMENTO	
1º	Convalescença de cirurgias
2º	Traumas
3º	Doenças cardiovasculares
4º	Transtornos psiquiátricos

FONTE: Lima Filho (2014)

TABELA 6.2 – GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS MAIS PREVALENTES NAS PERÍCIAS INICIAIS DE AUXÍLIO-DOENÇA NA GEX-JUIZ DE FORA (JULHO A SETEMBRO DE 2004 E JULHO A SETEMBRO DE 2006; EM %)

DIAGNÓSTICO	JUL.-SET.2004	JUL.-SET.2006
Doenças osteomusculares	30,92	34,36
Doenças cardiovasculares	21,74	20,81
Transtornos psiquiátricos	13,02	18,85
Demais diagnósticos	34,31	25,98

FONTE: o autor, a partir de Siano *et al.* (2008).

NOTA: dados trimestrais.

⁹³ É preciso cuidado, no entanto, ao interpretar os números dessas três tabelas. Inicialmente, as metodologias são distintas; em segundo lugar, deve-se ter em mente as alterações do perfil epidemiológico dos benefícios advindas de modificações das regras de concessão de benefícios previdenciários (SIANO *et al.*, 2011).

TABELA 6.3 – GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS MAIS PREVALENTES ENTRE OS RECURSOS DE AUXÍLIO-DOENÇA NA GEX-CURITIBA (AGOSTO A DEZEMBRO DE 2013)

GRUPO DIAGNÓSTICO	%
Transtornos do afeto e do humor	21,19
Traumatismos	13,9
Lombalgias, lombociatalgias e doenças dos discos intervertebrais	12,58
Doenças cardíacas	6,62
Doenças dos ombros	5,96
Transtornos ligados à dependência de substâncias (lícitas e ilícitas)	4,63
Doenças dos joelhos	2,64
Demais diagnósticos	32,45

FONTE: Biscaia e Gallo (2013).

NOTA: n=151.

Os números apresentados nas tabelas acima são congruentes com a descrição dada pela literatura internacional (SWEDISH COUNCIL ON HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, 2004; REIS *et al.*, 2011) das principais doenças que motivam o afastamento do trabalho para percepção de benefício por incapacidade. Conquanto a ordem precisa dos grandes grupos diagnósticos possa variar conforme o local e a época consideradas, os problemas mais comumente arrolados são os relacionados às estruturas miotendíneas do pescoço e região dorsal, os transtornos psiquiátricos e as doenças cardiovasculares.

Pode-se dizer, então, que o rompimento do papel de doente executado pelo perito médico se dá de duas formas: na primeira, a doença que caracteriza o papel de doente não é mais levada em consideração: o perito, apesar de médico, não avalia a doença mas a incapacidade para o trabalho. Assim sendo, as licenças, desculpas e justificativas que acompanham o papel de doente são postas de lado e abandonadas. Em segundo lugar, o perito é médico, portanto ele deveria cumprir a sua parte no papel de doente desempenhado pelo segurado. Isso evidentemente não se dá pois a função do perito não é a de diagnosticar e tratar, é apenas a de avaliar a capacidade para o trabalho.

Além disso, a estrutura social da seguridade social foi construída como forma de apoio aos trabalhadores de modo específico (e aos cidadãos, de modo geral) para protegê-los de infortúnios, como a viuvez e a orfandade, o desemprego e a doença. Os fundamentos da seguridade social envolvem a solidariedade dos não doentes em relação aos doentes e, novamente, a aceitação tácita do papel de doente pelo segurado. O perito médico, ao ser questionado sobre as implicações do papel de doente do segurado para a sua atividade profissional rompe com as bases implícitas do papel de doente que fundamentam a própria seguridade social onde estão insertos.

A diferença feita pelos peritos entre doença e incapacidade é fundamental para a compreensão desse processo de doença. Enquanto a doença pode ser compreendida sucintamente como o processo de modificações anatômicas e fisiológicas do trabalhador, a incapacidade se refere às consequências que essas modificações anatômicas e fisiológicas provocam no desempenho das atividades laborais do indivíduo. Por exemplo, um metalúrgico que fratura um dos punhos claramente tem uma doença – o osso rádio fraturado – e que deve ser tratada. Neste exemplo, o tratamento pode ser conservador, isto é, limitar-se ao uso de imobilização por meio de uma tala feita de gesso, ou pode ser intervencionista, representado pela cirurgia. Enquanto esse trabalhador estiver convalescendo da fratura (enquanto aguarda a consolidação do trauma), qualquer que tenha sido o tratamento, ele também está incapaz, pois a doença “biológica” interfere na sua função trabalhista (o metalúrgico não pode trabalhar com o osso rádio fraturado ou sem consolidação). Uma vez que a fratura tenha se consolidado, portanto a doença tenha sido curada (ainda que o trabalhador possa apresentar alterações radiográficas indeléveis), a incapacidade cessa e há a possibilidade de retorno ao trabalho.

O exemplo acima é bastante simples e razoavelmente isento de controvérsias, pois a história natural dessa doença, a fratura do rádio, é bem conhecida, o que significa dizer que se pode estimar com razoável certeza o tempo necessário para a sua cura; além disso, a tarefa de determinar se o processo produtivo em que o metalúrgico exemplificado se insere age como causa da doença também envolve menos sutilezas. As disputas em torno das

decisões periciais tendem a não envolver situações simples como essa; de um modo geral elas giram em torno de doenças crônicas, cujos tratamentos são longos, podendo prolongar-se por toda a vida do segurado. Diversos diagnósticos bastante comuns, como hipertensão arterial sistêmica (“pressão alta”) ou migrânea (“enxaqueca”), caem nesse grupo de doenças crônicas e virtualmente incuráveis – mas ao mesmo tempo tratáveis com excelentes resultados. Dificilmente se pode dizer que alguém não pode seguir seu cotidiano trabalhista porque tem hipertensão arterial e, portanto, faz uso contínuo de anti-hipertensivos. As situações em que isso ocorre são poucas, embora os segurados da previdência social (e especialmente seus advogados) procurem fazer das exceções a regra a serem aplicadas em seus casos particulares. Ademais, a maioria dos indivíduos que se tratam de alguma doença não se afasta do trabalho para perceber auxílio-doença, o que se sucede apenas no momento em que há a percepção de comprometimento da capacidade de seguir com as atividades laborais (SWEDISH COUNCIL ON HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, 2004)⁹⁴.

Doenças relacionadas a estigmas sociais, ainda que curáveis ou perfeitamente controláveis, como a tuberculose, a sida ou a hanseníase, muitas vezes são motivo de disputas e fonte de conflitos. Em função da cronicidade, da gravidade e da estigmatização dessas doenças, associa-se-lhes automaticamente a incapacidade para o trabalho, como se o fato de se tomar um medicamento diariamente, pelo resto da vida, tornasse alguém impedido de manter sua rotina como garantidor de seu próprio sustento.

A determinação de quem está incapaz para o trabalho em função de uma doença, portanto, é feita pelo perito médico previdenciário. A ele cabe definir se um funcionário administrativo de um banco que se torna paraplégico, sendo obrigado a locomover-se com cadeira de rodas, está incapaz para suas atribuições habituais, bem como se uma empregada doméstica que tenha o diagnóstico de sida não pode mais trabalhar porque faz uso dos inúmeros medicamentos envolvidos em seu tratamento. Evidentemente, há pouco

⁹⁴ Esse fato, reconhecido até mesmo pela literatura internacional originada em países tão distintos do Brasil quanto é a Suécia, é percebido intuitivamente na prática pericial previdenciária e explica, ao menos em parte, os diferentes perfis epidemiológicos de morbimortalidade brasileiro e aquele visto na previdência social.

espaço para disputa quando há alguma agudização da doença (o que se chama vulgarmente de “crise”).

É dentro dessa lógica que o INSS define há mais de vinte anos a incapacidade laborativa como “a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente” (INSS, 1993a). Essa definição tem como corolário a importância da definição de três aspectos da incapacidade, quais sejam: o grau, a duração e as exigências profissionais.

Assim, quanto ao grau, a incapacidade laborativa pode ser parcial ou total, sendo considerada a primeira quando ainda permite o desempenho da atividade, sem risco de vida ou agravamento maior e sendo compatível com o salário aproximado daquele de antes da doença ou acidente. Por outro lado, a incapacidade total impossibilita o profissional de permanecer no trabalho. O INSS também divide a incapacidade em temporária ou de duração indefinida. A primeira é aquela para a qual se pode esperar recuperação dentro de um certo prazo previsível. A outra é sujeita a alteração no prazo previsto com os recursos disponíveis.

Por outro lado, a invalidez pode ser entendida como a incapacidade laborativa total, indefinida e para todas as atividades, de impossível recuperação ou reabilitação profissional, que corresponde à incapacidade geral de ganho, em consequência de doença ou acidente. Ou seja, é um caso extremo de impedimento total e para sempre de suas atividades em função do ocorrido.

Retomando a discussão sobre o papel do doente do segurado, a sua ruptura feita pelo perito médico dá-se ao diferenciar claramente entre doença e incapacidade. Essa ruptura vista no papel de doente do segurado é ainda maior quando se pensa na terceira característica elencada por T. Parsons, relativamente à legitimação do comportamento desviante que se dá por meio do autorreconhecimento como doente e com a assunção do compromisso com o tratamento. Enquanto o médico assistente é um aliado na construção do papel de doente, o perito assume desde o princípio a postura da dúvida e do questionamento. O segurado, por outro lado, para fazer jus ao benefício pleiteado deve não apenas assumir-se como doente mas perpetuar a sua

condição de doente diante do perito, postura radicalmente diferente daquela que se vê (ou dever-se-ia ver) em relação ao médico assistente, com quem se articula uma cumplicidade dirigida ao tratamento.

A ruptura pode ir mais além e manifestar-se pela simulação (*malingering*). Nesse caso, os dois agentes, o perito médico e o segurado, adotam posturas “paroxísticas”: o perito ao procurar sinais de simulação no comportamento “de doente” apresentado pelo segurado, isto é, trata-se do questionamento do papel de doente desde a sua origem, a doença alegada para sua incapacidade. O segurado, por seu turno, procura manter-se como doente, seja deixando de procurar ajuda competente, seja não cooperando com o tratamento proposto, ou mesmo exagerando ou fingindo sinais e sintomas.

A preocupação em evitar a perpetuação do pagamento de benefícios por doença para pessoas que detêm algum grau, ainda que residual, de capacidade laborativa, ao mesmo tempo em que se desenvolve os potenciais daqueles afastados do trabalho, tem aflorado desde a década de 1990. Essa preocupação é muito clara dentro de determinados círculos ligados à seguridade social, como a ISSA, cujo secretário-geral afirmou em 2012:

Social security is faced with an important change in the nature of disability. Policies must address the increased incidence of claims on grounds of mental health and at the same time support improvements in the health and employability of the inactive working-age population. [...] As one important dimension of this, in many countries growing emphasis is being accorded to return-to-work (RTW) programmes targeted specifically at disability benefit recipients. In developed economies in particular, where the finances of many social security programmes are challenged by growing health-care and pension costs associated with demographic ageing as well as by high unemployment and disability numbers, RTW measures are expected to help meet demands for improved cost containment and ensure the long-term financial health of social security systems⁹⁵ (ISSA, 2012a).

⁹⁵ “A seguridade social depara-se com uma importante mudança na natureza da incapacidade. Políticas públicas devem dar conta do aumento de requerimentos baseados na saúde mental e ao mesmo tempo dar suporte à saúde e à “empregabilidade” da população inativa que está em idade de trabalhar. [...] Como uma importante dimensão disso em muitos países a ênfase tem sido em programas de retorno ao trabalho (RAT) que visam especificamente aos beneficiários por incapacidade. Nas economias desenvolvidas, em particular, onde as finanças de muitos programas de seguridade social confrontam-se com os custos crescentes de gastos com saúde e aposentadorias associados ao envelhecimento populacional, da mesma forma como com o desemprego e os benefícios por incapacidade, espera-se que as medidas de RAT possam

No Brasil, as políticas de retorno ao trabalho são incipientes, a despeito de haver a previsão legal de reabilitação profissional a cargo do INSS há muitas décadas. Ao mesmo tempo em que se propõe a busca de “uma integração entre a habilitação e reabilitação física e profissional” “numa política de saúde e segurança no trabalho que foque a prevenção e a reabilitação física e profissional do trabalhador” (MPS/MTE/MS/MPOG, 2012), as atenções voltam-se basicamente para dois objetivos perseguidos tão intensamente quanto não explicitados: o estabelecimento do nexo causal entre as doenças e as atividades laborais e retirada das atribuições da perícia médica previdenciária que lhe conferem alguma forma de controle sobre a concessão de benefícios previdenciários. Assim, se se reconhece que, no Brasil, o segurado é encaminhado tardiamente para a RP (quando chega a sê-lo), propõe-se como forma de resolver esse problema o reconhecimento do nexo de causalidade com o trabalho a partir da mera suspeição ou coincidência estatística (representada pelo nexo técnico epidemiológico previdenciário – NTEP) e a transformação da avaliação pericial em avaliação multiprofissional, para “humanizar” a recepção do segurado nas APSs e fomentar a “participação social” na Previdência (FUNDACENTRO, 2013). Essa ambiguidade se traduz, por um lado, nos conflitos vistos no seio do INSS, envolvendo o corpo dos peritos previdenciários e a própria autarquia, e de outro lado, por uma ênfase paradoxal do INSS em fazer dos benefícios contributivos de natureza imprevista (isto é, do auxílio-doença e da aposentadoria por invalidez) como bons argumentos para a filiação da população ao regime geral.

6.2. Uma breve caracterização dos segurados da previdência social brasileira

As políticas públicas que oferecem alguma forma de ganho financeiro sendo naturalmente atraentes – e sobre isso não há porque se estender –

atender às demandas de custos crescentes e garantir a saúde financeira de longo prazo dos sistemas de seguridade social”.

tornam-se instituições que modificam a conduta da sociedade onde são postas em prática e isso é muito claro quando se pensa nos postulantes aos benefícios previdenciários (CAETANO, 2014). A conduta dos médicos assistentes que, por exemplo, concedem atestado para que seus pacientes afastem-se do trabalho por 15 dias e não por, digamos, dezesseis dias, está claramente influenciada pela legislação trabalhista e previdenciária. Da mesma forma, os trabalhadores que não contribuíram para a seguridade social, por qualquer razão que seja, e não fazem jus aos benefícios previdenciários “comuns”, isto é, às aposentadorias, podem tentar obtê-los por meio de subterfúgios ou de exceções às regras gerais, como é o caso dos benefícios por incapacidade.

Essa provavelmente é a explicação mais plausível para a origem e perpetuação da perícia previdenciária: o controle e combate aos *free-riders*⁹⁶. Da mesma forma como a seguridade social deve ser universal e obrigatória – ao menos em seus serviços mínimos, como se dá nos Estados Unidos⁹⁷ – para que o efeito daninho que o caronista porventura provoque seja minorado, a avaliação médica como critério de elegibilidade para a concessão do auxílio-doença permite afastar a percepção do benefício para quem os indivíduos que não se submeteram às regras da política pública. Esse aspecto da atividade pericial médica já estava estabelecido desde o início da seguridade social brasileira, quando a Lei Eloy Chaves determinou que poderia se aposentar por invalidez o trabalhador (filiado à caixa de aposentadoria) que tivesse cumprido a carência (isto é, que tivesse contribuído para o sistema regularmente) e que fosse considerado incapaz para o trabalho depois da análise feita pelo “médico designado pela caixa de assistência”.

Por outro lado, as regras da política previdenciária fatalmente determinam as condutas dos trabalhadores, ao menos em parte de suas vidas

⁹⁶ A despeito de a literatura ter consagrado a expressão *free-rider*, por amor à língua pátria usaremos a tradução, não totalmente exata – mas que exprime suficientemente bem a ideia subjacente –, de caronista, cuja definição será discutida adiante.

⁹⁷ Embora a legislação estadunidense esteja muito lentamente se aproximando de um modelo europeu continental de seguridade social. Isso se torna claro quando se toma em consideração a reforma do sistema de saúde proposta pelo Presidente Barack Obama (o chamado “Obamacare”), que universaliza a sua cobertura ao obrigar todos os cidadãos a contratar, no mercado privado, alguma forma de proteção contra agravos à saúde.

produtivas (SIANO *et al.*, 2011). Assim, dependendo da qualidade da relação formal que os agentes sociais mantêm com a instituição provedora da seguridade, o seu comportamento será (ou tentará ser) mais apropriado para a obtenção dos benefícios disponíveis. Em outras palavras, diante das regras do sistema de seguridade social há diferentes práticas sociais associadas, de modo mais ou menos bem caracterizado, em função de como se dá o vínculo do trabalhador ao sistema de previdência. Pode-se aventar como dar-se-ão as práticas dos segurados uma vez modificadas as regras da instituição.

Se procurarmos localizar o momento de ação dos médicos no modelo de história natural da doença (Figura 6.3), de Leavell e Clark (1976), veremos que tanto os médicos assistentes quanto os peritos médicos previdenciários intervêm nas prevenções secundária e terciária. Assumindo que a situação mais comum é a do trabalhador empregado com vínculo formal, o modelo de história natural das doenças pode ser entendido como segue. O médico assistente, no entanto, atua também na prevenção primária e, menos intensamente, na terciária. Assim, o médico do trabalho que executa a vigilância dos trabalhadores sobre os agravos à saúde causados pelos agentes patogênicos existentes no ambiente de trabalho intervêm sobre os três integrantes do período pré-patogênico (agentes patogênicos, trabalhador e meio ambiente); tanto a promoção da saúde (redução ou eliminação dos riscos ambientais) quanto a proteção específica (por exemplo, com o uso de equipamentos de proteção individual ou vacinação contra o tétano e a difteria) é de sua responsabilidade.

FIGURA 6.3 – HISTÓRIA NATURAL DE QUALQUER DOENÇA NO HOMEM

NÍVEIS DE APLICAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS				
Período de pré-patogênese Prevenção primária		Período de patogênese Prevenção secundária → prevenção terciária		
Inter-relação entre agente, hospedeiro e ambiente →		Primeiros estágios da patogênese →	Primeiras lesões discerníveis →	Estágio avançado da doença → Convalescença
Promoção da saúde	Proteção específica Diagnóstico precoce e pronto atendimento		Reabilitação Limitação da invalidez	

FONTE: o autor, a partir de Leavell & Clark (1976).

A prevenção primária, no Brasil, é realizada de modo mais abrangente por ações e programas específicos do Ministério da Saúde, dos quais o mais conhecido e tradicional é o programa de cobertura vacinal. Até a extinção do Inamps e a criação do INSS e do SUS, no início da década de 1990, as atribuições do Ministério da Saúde eram limitadas a fazer a promoção da saúde e proteção específica, deixando para o Inamps a assistência médica. A extinção do Inamps permitiu ao SUS incorporar a assistência médica, ainda que sem a respectiva fonte de financiamento, que foi toda dirigida para a previdência social. Assim, o SUS incorporou dentro de suas responsabilidades a atuação em toda a história natural da doença, desde a prevenção primária (com a promoção da saúde e a proteção específica) até a prevenção terciária (reabilitação do indivíduo), reservando para a previdência social a proteção do cidadão incapacitado para o trabalho.

Quando o indivíduo adoece, por qualquer que seja a etiologia da doença, o médico assistente exerce seu papel de modo mais claro, assumindo as atribuições que tradicionalmente se associam aos médicos, isto é, diagnóstico e tratamento (e, quiçá, cura, quando for possível). Nesse momento já se ultrapassou o horizonte clínico, o que significa dizer que os sinais e sintomas de alguma doença estão manifestos como resultado da incapacidade de o trabalhador em lidar com as agressões do agente patogênico ou do ambiente.

Ao médico do trabalho compete, neste momento, reconhecer que o

trabalhador está adoentado e encaminhá-lo para o médico assistente e para a previdência social, onde será avaliado pelo perito médico com vistas à continuação ou cessação dos benefícios previdenciários associados à incapacidade de trabalhar (auxílio-doença, auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez).

Durante o período de tratamento e recuperação do trabalhador, que corresponde à prevenção secundária, ele tanto se relaciona com o perito previdenciário quanto com o médico assistente. É durante essa etapa que a função do perito médico se torna evidente e mais controversa, pois sua função, que é a de julgar a incapacidade para o trabalho, é exercida muitas vezes sobre indivíduos ainda doentes, em quem a “limitação da incapacidade” já se deu efetivamente mas que permanecem (ou pretendem fazer parecer) sem atingir a reabilitação.

Na fase de prevenção terciária há novamente a ação do médico assistente, intervindo nos tratamentos que visam a fazer o indivíduo superar as limitações porventura impostas pela doença, no que é secundado pelo perito médico, quando há a indicação de encaminhamento para o programa de reabilitação profissional da previdência social. Uma vez recuperado da doença ou reabilitado de suas consequências, o médico do trabalho volta a relacionar-se com o trabalhador, procurando reinseri-lo em alguma função compatível com suas capacidades e limitações.

Quando se sugere que a função da perícia médica previdenciária é atuar como *gatekeeper* dos benefícios por incapacidade, segue a noção de que a porteira é protegida contra a entrada de alguém, que é o segurado da previdência social⁹⁸. Diferentemente da categoria “perícia médica previdenciária”, a denominação “segurado da previdência social” não permite a associação a características demográficas e sociológicas definidas, isto é, o “segurado da previdência social” é o integrante de um grupo extremamente heterogêneo em todos os aspectos exceto por um: a filiação ao regime geral da previdência social. A este respeito é preciso ainda fazer um pequeno reparo,

⁹⁸ Além da função de “porteiro”, a perícia médica atua como “vigia” do sistema, pois deve fazer a triagem daqueles que têm acesso ao sistema de seguridade ao mesmo tempo em que precisam estar atentos às tentativas de obtenção de benefícios indevidos ou mesmo de fraudes contra a previdência. Agradeço à Prof^a Maria Tarcisa Bega por essa observação.

pois, na realidade, nem todos os cidadãos que procuram a previdência social e submetem-se a avaliações periciais médicas têm a qualidade de segurado, isto é, por terem deixado de contribuir para a previdência social (ou mesmo por nunca terem contribuído), não têm direito aos benefícios previdenciários, quaisquer que eles sejam. A previdência social, como uma grande empresa de seguros, ainda que obrigatória e pública, mantém a lógica das seguradoras: tem direito a algum benefício quem paga as mensalidades; doenças preexistentes não são cobertas e há o período de carência para ser cumprido, cuja duração conforme o tipo do benefício pretendido. Assim, as aposentadorias por tempo de contribuição ou por idade exigem 180 contribuições (o que equivale a dizer que é preciso contribuir por, no mínimo, durante 15 anos para se poder pleitear uma aposentadoria), enquanto os benefícios por incapacidade, somente 12 contribuições, a menos que a doença alegada integre o restrito rol de doenças isentas de carência (ver Quadro 6.1).

QUADRO 6.1 – RELAÇÃO DAS SITUAÇÕES QUE ISENTAM DA CARÊNCIA, SEGUNDO O ART. 30 DO DECRETO N. 3.048, DE 6 DE MAIO DE 1999

Tuberculose ativa
Hanseníase
Alienação mental
Neoplasia maligna
Cegueira
Paralisia irreversível e incapacitante
Cardiopatia grave
Doença de Parkinson
Espondiloartrose anquilosante
Nefropatia grave
Estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante)
Síndrome da deficiência imunológica adquirida – Aids
Contaminação por radiação, com base em conclusão da Medicina especializada
Hepatopatia grave

FONTE: Brasil (1999).

O tamanho desse grupo indistinto de pessoas que constitui os

segurados da previdência social varia entre 4 milhões e 4,5 milhões de pessoas (ver Tabela 6.4). A previdência reconhece sete formas de filiação ao regime geral da previdência, correspondendo a diferentes formas de vínculo empregatício e de relações tributárias e legais com a própria previdência. Os tipos de filiados ao INSS podem ser:

- empregado,
- trabalhador avulso,
- empregado doméstico,
- autônomo,
- equiparado a autônomo,
- segurado especial e
- facultativo.

O segurado empregado é, de modo simples, o trabalhador empregado que tem vínculo empregatício formal, isto é, tem registro na carteira de trabalho e previdência social (CTPS). O trabalhador avulso é representado pelos estivadores, que não têm vínculos empregatícios e que, portanto, prestam serviços por intermédio de seus sindicatos. O grupo dos empregados domésticos compreende, grosseiramente, às empregadas domésticas; o filiado autônomo (ou contribuinte individual) compreende uma longa série de atividades laborativas, que vão desde o ministro confessional até pescadores, empresários e membros de cooperativas; o microempreendedor individual também se enquadra nesta categoria. O segurado especial representa o agricultor de pequenas propriedades de subsistência e que vende o excedente da sua produção. O último grupo, do filiado facultativo, compreende todas as situações de indivíduos que exercem atividades cotidianamente, mas não são remunerados por isso, como estudantes maiores de 16 anos, donas de casa, síndicos de condomínios e presidiários (INSS, 2010b).

TABELA 6.4 – QUANTITATIVO DE SEGURADOS POR TIPO DE FILIAÇÃO AO REGIME GERAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

TIPO DE SEGURADO	ABR.2009	DEZ.2013
Individual	2.350.237	2.387.594
Facultativo	673.100	1.169.165
Doméstico	1.516.358	1.235.781
Empreendedor individual	Não disponível ⁹⁹	493.407
Segurado especial	Não disponível	3.369

FONTE: INSS (2009; 2013c).

TABELA 6.5 – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS REQUERENTES A BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE SUBMETIDOS A PERÍCIA MÉDICA EM UMA APS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (MAIO DE 2010)

TIPO DO SEGURADO	TOTAL (%)	RELAÇÃO MULHERES:HOMENS	VARIAÇÃO DA IDADE (MEDIANA DA IDADE) (ANOS)
Empregado	54,71%	6:8,5	19 – 59 (35,5)
Autônomo	6,6%	0:7	27 – 59 (52)
Empregada doméstica	9,43%	10:0	34 – 56 (44,5)
Especial	10,37%	7:4	17 – 60 (45)
Desempregado	18,86%	7:3	23 – 61 (49)

FONTE: Biscaia (2010).

Nota: n=106.

As tabelas 6.4 e 6.5 mostram que há grande variabilidade dos segurados do INSS. Em 2013, os filiados obrigatórios, isto é, aqueles com registro na CTPS, somavam pouco menos da metade (45%) dos filiados; em 2009 eles somavam 51%. Os empregados domésticos representam quase um quarto (23%) dos filiados ao regime geral; em 2009 eram 33% desse total. A aparente diminuição desses grupos, que certamente são os maiores em número de inscritos na previdência, deve ser explicada pela criação do empreendedor individual, que não havia em 2009, e por mudanças na legislação previdenciária que permitiu às donas de casa carentes contribuírem para o INSS com valores mais baixos que os demais filiados (BRASIL, 2011). Isso fica claro quando comparam os números de filiados facultativos em 2009 (670 mil) e em 2013 (1,169 milhão), o que representa um aumento de quase 75% no

⁹⁹ A figura do empreendedor individual surgiu com a lei complementar n. 128, de 19 de dezembro de 2008, que somente produziu efeitos a partir do final de 2009 (BRASIL, 2008).

número de filiados facultativos, dos quais uma grande parcela seguramente é constituída por donas de casa.

Na GEX Curitiba, os dados de que dispomos sobre os requerentes a benefícios previdenciários que se submeteram a perícia médica para perceber auxílio-doença, que são de 2010, mostram uma grande variação das características demográficas. Um pouco mais da metade (54,7%) dos segurados avaliados na perícia foram filiados obrigatórios, relativamente jovens (mediana de 35,5 anos de idade) e predominantemente homens. O grupo de desempregados foi o segundo maior, somando 18,86% dos periciados, predominantemente do sexo feminino e mais velhos (mediana da idade de 49 anos). As empregadas domésticas exibiram um perfil semelhante ao dos desempregados: periciadas mais idosas (idade mediana de 44,5 anos) e com predominância exclusivamente feminina. O mesmo se deu com os periciados especiais (isto é, agricultores), predominantemente mulheres e mais velhos (idade mediana de 45 anos). O outro grupo que teve alguma diferença foi o de periciados autônomos, correspondendo a somente 6,6% dos requerentes a benefícios, todos homens e bem mais idosos (mediana de idade de 52 anos).

A existência de tamanha diversidade entre os segurados da previdência social que solicitam algum benefício previdenciário alegando adoecimento exige alguma forma de entendimento que o explique e permita a sua descrição. Tal conhecimento vem principalmente de estudos de natureza econômica.

Como sabemos, entre as funções comumente admitidas para os sistemas de seguridade social e, especialmente, os de previdência social, figuram a manutenção da renda dos trabalhadores e de três grupos específicos (idosos, enfermos e pobres) bem como a busca pela redistribuição de renda (THOMAS, 2000). Os programas de previdência social de caráter obrigatório, isto é, compulsório, notadamente aqueles geridos pelo Estado, tendem a surgir quando algumas uma determinada sociedade apresenta determinadas características. A primeira delas é a prevalência do emprego assalariado, ainda que, a princípio, ele limite-se aos operários e funcionários, estendendo-se aos trabalhadores de serviços e demais trabalhadores somente em uma etapa mais tardia. Os programas de previdência, então, devem ser financiados por meio de contribuições incidentes sobre a remuneração dos trabalhadores e sobre os

empregadores cobertos e de subsídios públicos voltados para o estímulo da complementação para o sistema privado. À medida em que o sistema previdenciário envelhece, assume-se que a contribuição de mais de 10% da renda bruta anual dos trabalhadores e empregadores se faz indispensável para financiá-lo.

Ainda, a compulsão da previdência gerida pelo Estado explica-se como uma forma de proteção contra falhas do mercado em garantir a manutenção da renda dos trabalhadores diante da aposentadoria, da orfandade ou do adoecimento, ou ainda como indutor da igualdade social (THOMAS, 2000). Somando-se às razões de natureza sociológica, há as de caráter mais economicista, quais sejam, a abordagem da miopia individual e a proteção dos prudentes.

A caracterização dos cidadãos em relação à sua contribuição para a previdência que define os grupos em prudentes, imprudentes e míopes não é tão explícita nos textos de economia que lhe dá embasamento; na literatura sociológica, essa discussão é feita em termos de cidadania e do exercício dos direitos dos cidadãos. É preciso ter em mente inicialmente que os modelos econométricos empregados supõe indivíduos racionais que fazem escolhas racionais sobre suas aposentadorias, poupanças, salários e benefícios previdenciários (valor da aposentadoria). Além disso, não se considera os indivíduos adoentados ou deficientes; para as considerações teóricas feitas, todos os indivíduos podem trabalhar até um momento ótimo de aposentadoria (mas escolhem racionalmente aposentar-se antes ou após esse momento ótimo).

A miopia individual seria verificada pelas decisões “imediatistas” feitas pelos indivíduos, especialmente os jovens, para quem as preocupações envolvendo gastos e rendas futuras não entram em suas considerações presentes, portanto economizam insuficientemente. No longo prazo, as decisões sobre a aposentadoria têm grande impacto, pois, diferentemente das decisões econômicas cotidianas, quando equívocos podem ser desfeitos ao surgir a oportunidade de corrigi-los, as deliberações sobre o final da vida produtiva tendem a ter consequências excepcionais.

Segundo essa abordagem economicista, os cidadãos prudentes têm a

garantia da manutenção de um padrão mínimo de vida oferecida pelo Estado quando enfermos ou idosos, contrariamente ao imprudente, para quem, por meio de uma escolha racional sobre seu futuro, não é necessário preocupar-se com a aposentadoria porque conta com a proteção estatal futura (garantida ao prudente). Ainda há a categoria do caronista (*free rider*), que é o cidadão que também descuidou de sua aposentadoria mas que usufruirá de algum programa de renda mínima financiado com as contribuições do prudente. Esse quadro mostra, essencialmente, que os indivíduos prudentes são penalizados e sobrecarregados com o fardo de sustentar o sistema e, portanto, os caronistas e os imprudentes; embora, como sugerido acima, tanto a imprudência quanto o caronismo podem ser posturas “perfeitamente racionais” e independentes da miopia à existência de um padrão mínimo de vida oferecido pelo Estado. De fato, a existência de grupos de trabalhadores e cidadãos que, não sendo elegíveis para contribuir para os regimes próprios da previdência social, deveriam contribuir para o regime geral mas não o fazem, por qualquer razão que seja, persiste no Brasil com porcentagens estimadas bastante elevadas, a despeito dos esforços feitos pelo executivo para incluí-los nas políticas de seguridade social (ANSILIERO & PAIVA, 2008).

A partir desses pressupostos, Feldstein (1974) argumenta que a seguridade social diminui a poupança individual quando garante uma renda após a aposentadoria. A partir de dois modelos, um sobre o efeito do reconhecimento, que propõe que o indivíduo forçado a participar de um sistema de aposentadorias reconhece, pela primeira vez, a importância de poupar visando à sua senescência, e o outro, chamado de gradiente de objetivo (*goal gradient*), assume que o esforço de poupar individual aumenta à medida em que se aproxima o seu objetivo (que é a aposentadoria). Como consequência, a inclusão em um plano de aposentadorias é pedagógico ao mudar a percepção individual sobre gastos ainda durante a sua vida laboral ativa. A partir dessas duas proposições, Feldstein conclui que o trabalhador coberto pela seguridade social tem o estímulo a aposentar-se precocemente, provocando dois fenômenos contraditórios cujo resultado final depende da correlação de suas forças: a aposentadoria reduz a poupança individual porque a substitui por gastos domésticos e a aposentadoria aumenta a poupança ao

dilatar o período de aposentadoria durante o qual os gastos domésticos serão diluídos.

Feldstein também comenta sobre o indivíduo cuja renda é tão baixa que sua poupança durante a sua vida laboral permita um padrão de vida durante a aposentadoria apenas um pouco melhor do que o oferecido pela assistência pública terá então um enorme incentivo para não fazer poupança alguma durante sua vida.

Sheshinski (1978) acompanha Feldstein em algumas de suas conclusões. Para ele, os benefícios da seguridade social possuem uma intensa capacidade de induzir a aposentadoria precoce. Esse fenômeno pode ser minorado se o valor da prestação percebida for proporcional à idade do indivíduo ao se aposentar. Além disso, Sheshinski também concorda que o efeito da aposentadoria sobre a renda individual é indeterminado em princípio.

Diamond e Mirrless (1978) propõe diferentes comportamentos dos indivíduos em relação a benefícios previdenciários (ou seja, sobre a aposentadoria) a partir de várias hipóteses. No caso de as pessoas poderem escolher entre trabalhar ou não trabalhar (e receber os benefícios previdenciários), haverá então indiferença em relação ao trabalho. Uma segunda possibilidade teórica onde os indivíduos trabalham uma parte de suas vidas e em um segundo período não trabalham (mesmo sendo capazes de fazê-lo) mas percebem benefícios previdenciários também conduz à indiferença em relação ao trabalho. O possível desincentivo ao trabalho motivado pela existência de esquemas de seguridade social também foi abordado por sociólogos ligados ao marxismo, como Claus Offe (1984), para quem o *Welfare State* keynesiano, ao proteger o trabalhador dos riscos e incertezas associados à sociedade capitalista

oferece uma proteção institucional tão forte aos interesses materiais dos trabalhadores assalariados que a mão de obra torna-se menos preparada ou pode menos facilmente ser forçada a ajustar-se às contingências das mudanças estruturais, tecnológicas, de locação e outras da economia (OFFE, 1984).

Nas duas hipóteses o governo poderia adotar políticas que forçassem as

peças a trabalhar, o que leva os autores a afirmar que o governo pode escolher quando os indivíduos são indiferentes ao trabalho¹⁰⁰. Além disso, o governo tenderia a controlar as situações relacionadas ao risco da aposentadoria, como no caso de uma seguradora contra incêndios que oferece extintores de incêndios a seus segurados e que se engaja em campanhas contra o tabagismo.

Análises empíricas recentes que avaliaram os efeitos exercidos pela previdência social sobre o mercado de trabalho brasileiro mostram resultados semelhantes aos descritos acima. Entre os achados, podemos mencionar que a inclusão dos trabalhadores rurais no regime geral da previdência social, com a Constituição Federal de 1988, significou uma diminuição semanal de 22,5 horas trabalhadas pelos segurados especiais; os trabalhadores urbanos das regiões metropolitanas aposentam-se mais jovens que os demais trabalhadores urbanos; a percepção de aposentadorias e pensões por membros mais velhos nas famílias está relacionada à postergação da entrada dos indivíduos com idade entre 15 e 21 anos no mercado de trabalho (ao mesmo tempo em que tendem a perpetuarem seus estudos, elevando o nível de escolaridade da população). Portanto, “os incentivos são para a redução seja do próprio trabalhador que recebe o benefício, seja de membros de sua família” para deixar de oferecer sua força de trabalho no mercado de trabalho ou de procurar emprego (CAETANO, 2014).

A discussão sobre indivíduos míopes, prudentes, imprudentes e caronistas leva naturalmente a outros dois conceitos recorrentes na temática da seguridade social: o *risco moral* e a *seleção adversa*. No risco moral, por prever que uma eventual perda da renda (pelo desemprego, por exemplo) será compensada pela seguridade social, um indivíduo pode justamente expor-se a situações que favoreçam a perda da sua renda, de tal sorte que a perspectiva de proteção contra uma determinada situação aumenta a ocorrência dessa mesma situação.

A seleção adversa se dá quando indivíduos que já se sabem predispostos a situações que aumentam suas chances de necessitarem

¹⁰⁰ Uma política para estimular o trabalho é a taxaço da poupança.

futuramente dos benefícios da seguridade social (por exemplo, por haver histórico familiar de certas doenças) filiam-se aos programas de seguridade social, encarecendo-lhe os custos. O resultado dessa predileção dos indivíduos sob risco pela seguridade social é o paulatino encarecimento dos custos que são rateados entre todos os filiados, tanto aqueles sem risco de necessitarem do sistema (ou com riscos menores) quanto aqueles com riscos elevados, e, destarte, a saída dos filiados de menor risco, pois não apenas não necessitam (ou não têm a previsão de necessitarem) da seguridade social como os gastos comprometidos com a filiação são altos demais para justificar a manutenção dessa filiação. O “comportamento de risco”, tal qual a seleção adversa, está associado ao encarecimento da manutenção do sistema e à sobrecarga sobre aqueles que o mantêm (MOON, 2004; WALKER, 2005).

Em que pese o fato de a discussão feita acima basear-se em pressupostos de escolha racional subjacentes (algo um tanto estranho na Sociologia¹⁰¹), a partir dela é possível compreender, por exemplo, o aumento do número de benefícios por incapacidade registrado entre 2000 (total de 492 mil benefícios concedidos) e maio de 2006 (total de 1.307 mil benefícios concedidos). As reformas da previdência, notadamente a instituída pela emenda constitucional n. 20, reduziram os incentivos para as aposentadorias programadas ao criar instituir o fator previdenciário, sem se fazerem acompanhar de modificações nas regras de concessão e de cálculo dos benefícios por incapacidade. Além disso, naquele período específico o INSS recorreu ao credenciamento de médicos externos, remunerados por procedimento, para a realização das perícias previdenciárias (CAETANO, 2006).

¹⁰¹ Convém mencionar o que Allenbeck e Mastekaasa (2004) comentam sobre as pesquisas que investigam o afastamento do trabalho por doenças: “[...] It is hardly feasible to synthesize knowledge from the different fields and theoretical perspectives, i.e., medical, psychological, sociological, etc., into a unified theory on the causes of sick leave. [...] Questions concerning the impact of sickness absence of structural factors such as the design of the social insurance system cannot be answered with this type of research design [...], furthermore, the causal relationship is complex and requires multifaceted analysis from various perspectives”.

(“[...] É dificilmente factível sintetizar o conhecimento dos diferentes campos e perspectivas teóricas, *i. e.*, médicas, psicológicas, sociológicas etc., em uma teoria unificada do auxílio-doença. [...] Questões pertinentes ao impacto do absentismo devido a doenças causadas por fatores estruturais, tais como a estrutura do sistema de seguridade social, não podem ser respondidas com esse tipo de projeto de pesquisa [...]; além disso, a relação causal é complexa e requer uma análise multifacetada a partir de várias perspectivas”.)

7. A PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA

Neste capítulo abordaremos especificamente a perícia médica previdenciária; explicaremos como ela surgiu e se modificou ao longo dos anos e como ela se situa dentro do campo previdenciário. Parte desse esforço será apresentar um modelo geral de concessão do benefício por incapacidade – o que é conhecido popularmente como auxílio-doença. Convém notar que, devido aos temas que serão abordados, este capítulo inevitavelmente repetirá algumas ideias discutidas acima, no capítulo que refaz a historiografia da seguridade social brasileira.

7.1. O surgimento da perícia médica no campo previdenciário

In modern medicine, the physician-patient relationship is assuming ever clearer forms of a production process based on a division of labor. The patient, as a suffering subject, is at the same time a “workpiece object” and – to different degrees – a co-producer. That means he or she is directly impacted by rationalization and bureaucratization processes in the health system, and that any changes can set the course for the patient’s fears and hopes, pain and comfort, life and death¹⁰² (H. Kuhn, 2001).

Os conhecimentos documentais disponíveis existentes sobre o processo histórico que culminou na organização formal da atividade pericial dentro da estrutura organizacional da previdência social brasileira e, tardiamente, no reconhecimento de uma carreira reconhecida pelo Estado brasileiro como singular são merecedores dos mesmos comentários que Edward Gibbon (2012) dedicou às origens remotas do cristianismo na Europa¹⁰³. Assim como o

¹⁰² “Na Medicina moderna, a relação médico-paciente assume formas cada vez mais claras de um processo produtivo baseado na divisão do trabalho. O paciente, como um sujeito sofredor, é ao mesmo tempo um “objeto de trabalho” e – em graus variados – um coprodutor. Isso significa que ele ou ela é diretamente afetado pela racionalização e pela burocratização dos processos do sistema de saúde e que quaisquer mudanças podem alterar o curso para os medos, esperanças, dor, conforto, vida e morte dos pacientes”.

¹⁰³ A esse respeito diz Gibbon: “Tal exame, todavia, por mais útil ou recreativo que seja, depara com duas dificuldades peculiares. Os minguados e suspeitos elementos de informação

cristianismo primitivo que, a partir de origens obscuras, conseguiu tornar-se uma força social estruturante do campo social, os detalhes do passado remoto da perícia previdenciária são surpreendentemente mal esclarecidos por informações históricas, limitadas à mera repetição dos marcos legais associados às modificações dos órgãos responsáveis pela seguridade social. Em outras palavras, o que se pretende nesta seção é somente uma tentativa, despretensiosa, de descrever como a perícia médica previdenciária conseguiu emergir dentro dos meandros da burocracia estatal brasileiro e tornar-se uma carreira própria nessa mesma burocracia e um agente coletivo detentor de capital simbólico próprio no campo previdenciário.

A atividade de perícia médica previdenciária, apesar de existir no Brasil desde a primeira metade do século XX, foi reconhecida formalmente somente em 1998, quando se publicou a lei que criou a carreira de perícia médica da Previdência Social (BRASIL, 1998). Seus primórdios, no entanto, são mais longevos e coincidem com a história da previdência social e da legislação trabalhista, inexistindo em normas legais, no entanto, a figura do médico formalmente ligado à Previdência Social com a atribuição exclusiva de avaliar a capacidade para o trabalho dos segurados adoentados. Durante longa data as figuras do médico assistente, pago pelas caixas de assistência ou pelos institutos de pensão, e do médico perito coincidiram. Enquanto a figura do perito médico previdenciário paulatinamente se estruturava no campo previdenciário, o médico cuja que atua como auxiliar na resolução de questões burocráticas ou judiciais envolvendo de alguma forma o conhecimento obtido da Medicina já ocupava posição de relativo destaque desde ao menos o final do século XIX, porém sob a forma dos médicos legistas (ANTUNES, 1998). O médico legista – ele também um perito médico – preocupava-se em responder a perguntas que auxiliassem investigações criminais; a avaliação médica com vistas à caracterização da capacidade para o trabalho estava fora do seu horizonte de preocupações.

propiciados pela história eclesiástica raramente nos possibilitam desfazer a nuvem escura que pesa sobre os primórdios da igreja. [...] O teólogo pode bem se comprazer na deleitosa tarefa de descrever a religião descendo do céu revestida de sua pureza natural. Ao historiador compete um encargo mais melancólico. Cumpra-lhe descobrir a inevitável mistura de erro e corrupção por ela contraída numa longa residência sobre a terra, em meio a uma raça de seres débeis e degenerados” (GIBBON, 2012, p. 235-236).

Ao longo do século XX, os médicos assumiram o papel de peritos em outras ocasiões e para desempenhar funções diversas além da Medicina legal, como a caracterização da insalubridade e periculosidade nos ambientes de trabalho. Essa função confunde-se em grande parte com o desenvolvimento da Medicina do trabalho no Brasil; em 1968 uma lei federal (BRASIL, 1968) determinou que a insalubridade e a periculosidade fossem caracterizadas “exclusivamente por médico-perito, preferencialmente especializado em saúde pública ou higiene industrial, designado pela autoridade judiciária”. Essa lei representou um avanço em relação à legislação anterior, datada de 1955 (BRASIL, 1955), que estabelecia uma lista de atividades profissionais que deveriam perceber o adicional de periculosidade, independentemente da avaliação *in loco* da existência de ambiente de trabalho perigoso ou insalubre¹⁰⁴. Como se verá adiante, a “saúde pública” e a “higiene industrial” eram áreas de atuação dos médicos pertencentes à burocracia trabalhista de Getúlio Vargas, o que explica, ao menos parcialmente, a sua crescente importância na intermediação da relação entre capital e trabalho.

A primeira norma de caráter previdenciário aprovada no Brasil, a Lei Elói Chaves (BRASIL, 1923), previu a aposentadoria por invalidez ao segurado que, cumprindo um período de carência de 10 anos, fosse declarado “física e intelectualmente impossibilitado de continuar no exercício de emprego, ou de outro compatível com sua atividade habitual ou preparo intelectual” após exame do “médico designado pela caixa de assistência”. Quando se deu a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), em 1934 (SENADO FEDERAL, 1934), tornou-se necessária uma avaliação médica precedendo a filiação do trabalhador ao Instituto – atividade própria de outra especialidade médica, a Medicina do Trabalho. Por outro lado, os bancários que pleiteassem a aposentadoria por invalidez deveriam submeter-se a uma “junta de saúde” na qual fossem considerados incapazes para o trabalho por mais de um ano; a definição do que seria ou como seria constituída essa “junta

¹⁰⁴ Similarmente, a “aposentadoria especial” – que permite ao trabalhador aposentar-se com apenas 15, 20 ou 25 anos de contribuição para a previdência, como compensação pelo trabalho que expõe os trabalhadores a agentes nocivos – foi concedida até 1995 por ocupação ao invés da exposição a agentes nocivos. Assim, desde 1995 é preciso que o trabalhador apresente documentos fornecidos pelo empregador onde sejam discriminados os agentes nocivos e suas intensidades nos ambientes laborais. A análise da exposição a esses agentes nocivos é feita pela perícia médica previdenciária.

de saúde” não figura no texto do decreto que criou o IAPB.

Quando, em 1938, Getúlio Vargas deu início à sua política de modernização e profissionalização do funcionalismo público federal baseada nos “tecnoburocratas”, foram criados simultaneamente o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) (BRASIL, 1938a) e o Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (INEP) (BRASIL, 1938b), o primeiro com a ampla atribuição de gerenciar o Estado brasileiro e o segundo com a função de selecionar e readaptar os servidores públicos da União, além de desenvolver pesquisas sobre “problema da orientação e seleção profissional”; um dos serviços integrantes do INEP era precisamente o de Biometria Médica. Possivelmente esse foi o primeiro serviço de perícia médica formalmente constituído no Brasil com a finalidade de apreciar a adequação entre o ser humano e o trabalho, embora essa atividade seja mais afeta à Medicina do Trabalho do que à perícia médica previdenciária. De fato, o INEP encarregou-se de proceder à avaliação do “nível mental” e da “aptidão” dos candidatos ao serviço público por meio de questões lógicas cujos resultados, tomados em conjunto, eram analisados estatisticamente (MAIA, 1944). Vale a pena mencionar o que Coelho (1999) fala a respeito das transformações do mundo do trabalho brasileiro após 1930:

A regulação ocupacional foi a estratégia selecionada pela elite dirigente no pós-[19]30 para reorganizar a esfera da acumulação como prévia condição de políticas sociais de natureza preventiva, compensatória ou social *stricto sensu*. A extensão da cidadania ocorreu, pois, associada a um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal. Os direitos de cidadão circunscreveram-se ao âmbito daqueles que a lei vinculava a ocupações por ela reconhecidas e definidas, e o conceito de “cidadania regulada” precisamente descreve esse tipo de cidadania dependente de regulação ocupacional (COELHO, 1999, p. 19).

A Medicina do Trabalho caminhou ao lado da perícia médica previdenciária durante muitos anos, enquanto os campos ainda estavam se articulando e as atribuições de cada agente não eram nítidas. Como sugerido pelo que foi descrito anteriormente, as decisões governamentais influenciaram decisivamente as transformações no campo previdenciário por meio da implementação das diversas políticas públicas de cunho social. Assim, a

percepção da aposentadoria por invalidez era concedida aos filiados às caixas e institutos de pensões somente após a realização de um exame médico. A organização do Departamento Nacional do Trabalho (DNT), em 1932, dentro do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, foi seguida por uma rápida sucessão de transformações no aparato governamental de atenção à saúde do trabalhador e à higiene dos ambientes laborais. Em 1938 foi criado o Serviço de Higiene Industrial com a Inspetoria do Trabalho e, em 1942, o DNT foi reformado, criando-se a Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho (DHST), substituindo o Serviço de Higiene Industrial. Ao mesmo tempo em que as atribuições dos burocratas de formação médica lotados nas diversas seções de Medicina e higiene do trabalho expandiam de escopo e de abrangência, as atividades desses burocratas além da repartição pública também se intensificavam, culminando na fundação da Associação Brasileira de Medicina do Trabalho em 1944 (ALMEIDA, 2008). Apesar de exercer funções dentro e fora da esfera governamental desde o início do processo de industrialização brasileira, a Medicina do trabalho é incorporada “oficialmente” no cotidiano produtivo somente no final de 1977 (BRASIL, 1977), quando o então presidente Ernesto Geisel altera o texto da Consolidação das Leis do Trabalho e obriga as empresas a estruturarem os seus serviços de Medicina do trabalho e engenharia de segurança, para serem fiscalizados pelas delegacias regionais do trabalho, órgãos do Ministério do Trabalho.

Quando, em 1960, as normas dos diversos institutos e caixas foram unificadas na Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS (BRASIL, 1960) –, aparece novamente a figura vaga do “serviço médico do Instituto Nacional da Previdência Social”, a quem caberia a avaliação para a continuidade do processo do auxílio-doença e da aposentadoria por invalidez, fato que se repete nas mudanças ocorridas na década de 1970 (como na lei 5.890, de 08 de junho de 1973).

A política adotada pelo governo federal de credenciar médicos particulares para prestar serviços para a seguridade social, além de propiciar o desenvolvimento dos serviços médicos privados, especialmente a partir da década de 1970 (LIMA *et al.*, 2004) também envolveu a previdência social. De modo semelhante ao que se viu na década de 1980 com a assistência médica,

quando o credenciamento de serviços particulares foi uma das justificativas apontadas pelo movimento sanitário brasileiro para o fortalecimento do sistema público de assistência médica, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, o emprego de médicos particulares para fazer as avaliações com vistas à concessão de benefícios previdenciários foi uma das origens remotas da criação da carreira de peritos médicos previdenciários; essa prática foi usada pelo então INPS e mais tarde pelo INSS desde a década de 1980 (INPS, 1990).

Em 1990¹⁰⁵ o credenciamento de médicos terceirizados foi autorizado (INSS, 1990) e a sua regulamentação se deu em 1993, momento em que o INSS disciplinou a contratação de médicos externos ao quadro da autarquia para fazer frente a três tipos de situações. A primeira era o provimento de médicos “em localidades do interior, onde a demanda e a distância da Unidade Executiva da Perícia Médica mais próxima a justifiquem” (INSS, 1993b). A segunda hipótese de contratação de médico terceirizado compreendia os locais onde, mesmo havendo “Posto de Benefícios do INSS [...] que não conta com funcionário médico do quadro permanente ou onde a demanda de trabalho comprovadamente caracterize sobrecarga”. A última possibilidade visava a atender às demandas dirigidas aos médicos especialistas cuja função era dirimir dúvidas dos peritos autarcas. Dessa forma, criava-se concomitantemente três tipos de médicos terceirizados, o “médico especialista”, contratado para realizar exames complementares ou especializados, o “assistente técnico” que representaria o INSS junto às Varas de Acidente de Trabalho, e o “médico-perito” propriamente dito, autorizado a exercer as mesmas funções dos peritos orgânicos. Esse regulamento vedava a atividade pericial terceirizada nas dependências do INSS e o credenciamento de médicos autarcas; tais restrições não permaneceram nos diversos outros processos de contratação de profissionais externos, sendo permitido, por exemplo, realizar perícias nas dependências das APSs, embora houvesse alguns cuidados para coibir fraudes e excessos, como limitar as perícias dos credenciados a avaliações de prorrogação (PP) (INSS, 2013b).

¹⁰⁵ Apesar de haver peritos credenciados desde meados da década de 1980, para opinar sobre questões específicas, ao menos em algumas regiões do país, como no Mato Grosso do Sul (FERREIRA NETO, 2014).

O surgimento de uma carreira de servidores públicos voltados para a perícia previdenciária, entretantes, deu-se bastante tardiamente, somente em 1998, com a lei 9.620, que criou a carreira de supervisor médico-pericial¹⁰⁶. Antes da promulgação dessa lei, houve a admissão de médicos para assumirem as funções de peritos somente em 1976 e 1983 (ALMEIDA, s/d).

A lei 9.620/1998 é a mostra clara de que a previdência social dependia grandemente dos prestadores privados de serviços médicos para o exercício das atividades periciais. No final do mesmo ano o INSS baixou uma resolução (INSS, 1998) determinando precisamente as atribuições dos recém-empossados supervisores médico-periciais. Suas obrigações visavam ao controle, por parte da autarquia, dos atos executados pelos credenciados em seu nome e eram compostas pelo seguinte rol de atribuições:

- supervisionar, controlar e fiscalizar as atividades médico-periciais;
- avaliar as atividades médico-periciais, levando em conta a qualidade dos serviços prestados;
- integrar juntas médicas nos casos de maior complexidade;
- realizar exames de revisão por amostragem;
- participar de exames de revisão programada, para efeito de aposentadoria por invalidez, auxílio-doença e de benefício da Lei Orgânica de Assistência Social-LOAS;
- realizar auditorias ordinária e extraordinária, podendo propor a instauração de processo disciplinar, se necessário, na área de atuação da Perícia Médica;
- implantar e implementar rotinas técnico-administrativas estabelecidas pela Direção-Geral e Estadual de Perícia Médica;
- realizar supervisões periódicas nas unidades executivas de Perícia Médica e atuar nas interfaces de trabalho com outras áreas, em especial

¹⁰⁶ O texto da lei previa que a carreira de “supervisor Médico-Pericial [seria] composta de quinhentos cargos de igual denominação, lotados no quadro geral de pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social com atribuições voltadas para as atividades de gestão governamental, nos aspectos relativos ao gerenciamento, supervisão, controle, fiscalização e auditoria das atividades de perícia médica.” (BRASIL, 1998)

com as de Reabilitação Profissional, Serviço Social e Benefícios; promover treinamentos e reciclagem, atendendo às demandas locais, em ação conjunta com a Seção/Setor de Perícia Médica e Serviço/Seção de Atividades Previdenciárias;

- zelar pelo bom desempenho das unidades executivas, diligenciando junto aos setores competentes, quanto aos procedimentos técnico-administrativos necessários ao correto desenvolvimento do trabalho médico-pericial;
- analisar as necessidades da clientela, buscando a sua compatibilização com os objetivos institucionais;
- realizar estudos por amostragem de processos administrativos e judiciais, casos de auxílio-acidente e de limite indefinido; elaborar relatórios periódicos de suas atividades, a serem encaminhados às Seções, Setores de Perícia Médica e Serviços/Seções de Atividades Previdenciárias, quando for o caso;
- manter informadas as unidades executivas de Perícia Médica, sobre as suas principais ações;
- assessorar as Auditorias Estaduais em matéria médico-pericial;
- realizar perícia de servidor, onde não houver Unidade de Medicina Social;
- proceder à avaliação dos médicos do quadro, conveniados e credenciados;
- promover articulação com as áreas de benefícios, arrecadação e fiscalização e, em particular, com as atividades previdenciárias;
- promover articulação e coordenação com a área médico-assistencial, com as Delegacias Regionais do Trabalho e com os Núcleos Estaduais/Municipais de Saúde do Trabalhador; e
- promover articulação com empresas e com os órgãos de classe.

A necessidade de diminuir a dependência dos médicos credenciados era sentida pela autarquia desde ao menos 1996, quando se discutia abertamente

no INSS a reorganização da atividade pericial previdenciária. No fim daquele ano, uma “proposta de reestruturação da perícia médica do INSS” foi apresentada (INSS, 1996) para debates com os “quadros técnicos”. Nessa proposta comentava-se que “foi criada a Perícia Médica da Previdência Social [...] por uma necessidade real, técnico-administrativa e legal” que correspondia ao atendimento de 50% da demanda diária nas APSs e somara 32 bilhões de reais em despesas com benefícios em 1995, porém, mesmo contando com mais de três mil médicos concursados, necessitava do apoio de outros 3800 credenciados. A proposta do INSS previa a realização de novo concurso público – o primeiro desde 1975 – para repor a perda constante de peritos que se dava por meio de aposentadorias por idade (quase 80% dos peritos teriam mais de 45 anos) e pela exoneração, atribuída aos baixos salários (inferiores a R\$ 1.600,00 mensais para 60% dos médicos) e visava à implantação de um sistema de auditoria médica, da qualificação tanto dos peritos concursados quanto dos credenciados e o “estabelecimento de normas e padrões técnicos gerenciais”. Integrava a proposta a permanência dos atendimentos feitos pelos médicos credenciados, embora com a instituição de uma divisão de tarefas bastante clara.

A função dos médicos credenciados seria atuar em situações especiais – principalmente na forma de pareceres a respeito de questões em suas respectivas especialidades médicas – e suas decisões precisariam do aval dos peritos concursados. Estes seriam divididos em dois grupos, o primeiro de “peritos do quadro” cujas obrigações seriam as perícias previdenciárias e a homologação das decisões dos credenciados, e outro, de constituintes do “grupo de gestão médico previdenciário”, cujos encargos foram assumidos pelos supervisores médico-periciais que assumiram em 1998.

Mesmo após a contratação desses novos servidores da carreira de supervisor médico-pericial, em 1998, o INSS manteve a dependência dos serviços prestados pelos médicos credenciados – essa dependência somente foi sanada parcialmente em 2004, com a criação da carreira de perito médico previdenciário, e definitivamente em 2006, quando os benefícios concedidos pelos terceiros cessaram. A contratação de médicos assistentes, não pertencentes ao quadro da previdência, no entanto, voltou a ser usada em

várias oportunidades nos anos seguintes, principalmente como forma de diminuir a “fila” para a perícia (isto é, o tempo que um segurado espera desde o momento em que faz o requerimento da perícia até o momento em que de fato é periciado). Paradoxalmente, em 2001 o INSS entendeu não ser mais necessária a homologação das avaliações periciais dos credenciados, que era feita pelos supervisores médico-periciais, permitindo-lhes, aos credenciados, opinarem conclusivamente sobre a capacidade laborativa dos segurados da previdência social.

Tais diferenças entre peritos da autarquia e médicos terceirizados têm resultados bastante concretos para a previdência social, pois, apesar de atender um número maior de segurados, houve concomitantemente

um [...] desequilíbrio de gastos, quando as despesas com o pagamento de auxílios-doença disparariam, chegando a R\$ 8,9 bilhões/ano em 2004 (um crescimento de 275% em relação a 2001, quando foram gastos R\$ 2,37 bilhões). A avaliação feita por gestores da Previdência Social é que esta distorção [...] *foi uma consequência do fato de os terceirizados na perícia médica ganharem por produtividade, ou seja, quanto mais exames realizados, melhor para o terceirizado* – o que teria gerado um descontrole no serviço (DATAPREV, 2013, p. 18-19; sem grifos no original).

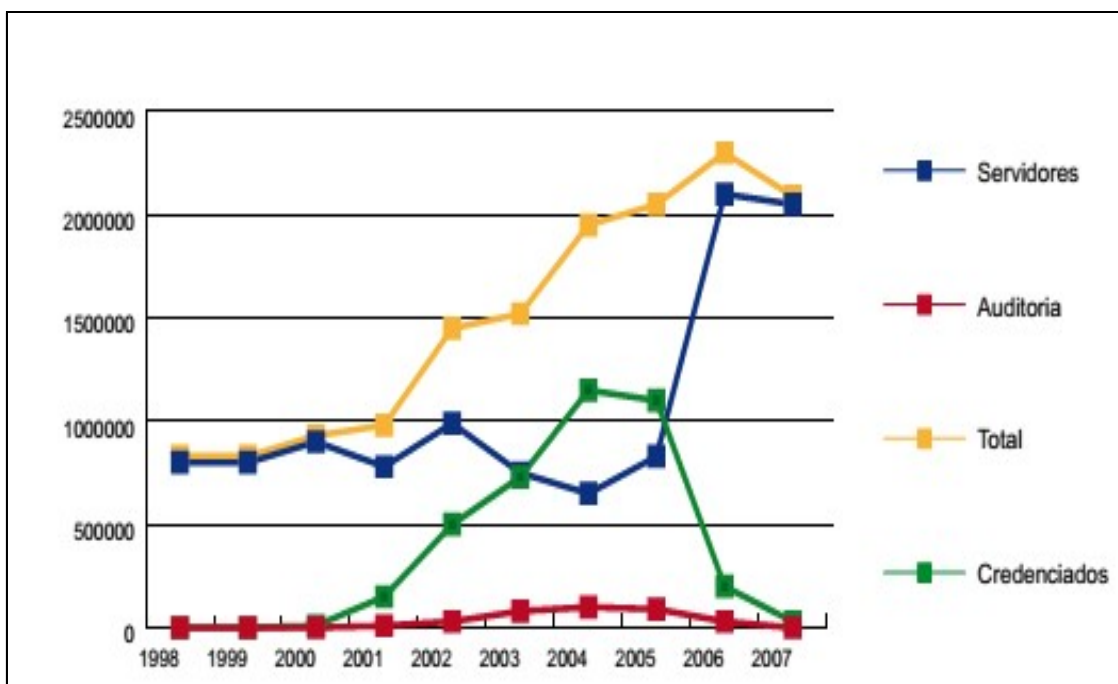
Órgãos de controle, como o Tribunal de Contas da União (TCU), chegaram à mesma conclusão sobre os médicos credenciados. Ao procurar explicar os motivos do aumento dos gastos com auxílio-doença na década de 2000, o TCU destacou “a terceirização das perícias médicas e a sua remuneração por consultas” e “a dispensa de homologação das perícias médicas realizadas por médicos credenciados decidida em 2001”¹⁰⁷ (TCU, 2010).

A terceirização das perícias médicas aumentou o número de exames periciais represados, isto é, ela aumentou a fila para a perícia, ao invés de ser

¹⁰⁷ A dispensa da homologação da decisão do perito credenciado foi decidida em 2002 e reafirmada em 2004 pelo INSS (INSS, 2002; 2004). Em 2002, ao mesmo tempo em que a concessão dos benefícios por credenciados deixou de ser supervisionada pelos peritos do quadro da autarquia, suprimiu-se uma das instâncias recursais do INSS (o PR). A partir de então e pelos próximos anos (até 2005, com a criação da “alta programada”), o segurado inconformado com um resultado contrário aos seus interesses deveria apelar diretamente para as JRPSs.

uma solução para esse problema. A fila reduziu apenas com o fim da terceirização; o mais notável foi o decréscimo abrupto do número de requerimentos represados imediatamente após o término da terceirização no início de 2006 (ver Gráfico 7.1).

GRÁFICO 7.1 – EVOLUÇÃO MENSAL DO NÚMERO DE PERÍCIAS MÉDICAS PREVIDENCIÁRIAS, SEGUNDO O TIPO DE VINCULAÇÃO DO PERITO MÉDICO (BRASIL, 1998-2007)



FONTE: TCU (2010, p. 39).

Talvez um outro aspecto revestido de alguma importância para esta discussão seja a instituição da “alta programada”, em outubro de 2005, também conhecida pela sigla COPES (cobertura previdenciária estimada), que instituiu a DCB, extinguindo a necessidade de nova perícia para que um segurado tivesse o benefício cessado, isto é, para que tivesse “alta” do benefício (INSS, 2005; MPS, 2006). A COPES foi criada para diminuir a espera dos requerentes para a realização de uma avaliação médica previdenciária partindo do pressuposto de que, havendo menos perícias de alta previdenciária, haveria mais vagas para perícias iniciais e de prorrogação.

Em 2003 a perícia médica do INSS iniciou movimento paredista com duração de 89 dias, com o apoio do CFM, da AMB (Associação Médica

Brasileira), da FENAM (Federação Nacional dos Médicos) e do Ministério Público Federal (MPF), resultando na criação da carreira em junho de 2004 (BRASIL, 2004). Desse momento em diante,

a perícia médica passou a vislumbrar um horizonte de profissionalismo viabilizado a partir de três passos fundamentais: o concurso de 2005, o concurso de 2006, ambos para 1.500 vagas, e o fim da terceirização, em 19 de fevereiro de 2006. [...] O processo de transição de modelo foi traumático, segurados habituados aos benefícios fáceis se revoltaram, sindicatos organizados que se beneficiavam do descontrole protestaram e dois peritos foram assassinados em Minas Gerais [...] (ALMEIDA, s/d).

Nos anos seguintes, ao mesmo tempo em que esse “horizonte de profissionalização” consolidou-se, os ocupantes dos cargos da carreira da perícia médica tornaram-se os objetos de críticas, às vezes muito intensas, vindo das mesmas instituições e segmentos que outrora apoiaram a criação da carreira de perito médico e a extinção do credenciamento.

Sem dúvida, o INSS dedicou-se a fornecer subsídios para tornar as avaliações periciais uniformes e fundamentadas em critérios mais sólidos do que a experiência pessoal de cada perito médico. Entre 2008 e 2013 foram publicadas várias “diretrizes de apoio à decisão médico-pericial”, redigidas por especialidades médicas e tratando das doenças mais prevalentes no cotidiano médico previdenciário com uma abordagem destinada especificamente para o público médico previdenciário¹⁰⁸. Assim, em 2008 foi publicada a diretriz de ortopedia e traumatologia (INSS, 2008), seguida em 2010 pela segunda edição da de psiquiatria (INSS, 2010c) – que teve um adendo sobre o uso e abuso de substâncias químicas (INSS, 2013d). A essas se sucederam outras, de clínica médica (INSS, 2010d; 2014a), abordando as principais doenças e especialidades médicas mais prevalentes no cotidiano do INSS¹⁰⁹. Esses

¹⁰⁸ Se a partir de meados da década de 2008 o INSS começou a publicação desse tipo de diretriz, é verdade que elas são uma preocupação da autarquia previdenciária de longa data, desde ao menos o início da década de 1980. Fomos capazes de localizar nos depósitos da GEX Curitiba uma publicação intitulada “Normas técnicas para avaliação da incapacidade”, publicada pelo então INPS (1983), versando sobre nove doenças ou síndromes, entre elas anemias, úlceras pépticas e doenças oro-valvares, além das situações que isentam carência e sobre a requisição de exames complementares – prática abandonada atualmente, apesar de prevista no regramento previdenciário.

¹⁰⁹ As diretrizes de 2010 trataram de neurologia, endocrinologia, gastroenterologia e

documentos consolidaram na prática pericial médica previdenciária alguns conceitos há muito presentes na Medicina assistencial, como a história natural da doença (discutida alhures nesta pesquisa), a epidemiologia das doenças e os efeitos esperados na história natural das doenças com os seus respectivos tratamentos. A partir dessas informações, há, ao final de cada capítulo dedicado a cada grupo de doenças, considerações de natureza pericial consistindo de sugestões de como o perito individual pode decidir diante do caso concreto que tem diante de si. Isso significa, em outras palavras, que, de modo inédito na perícia previdenciária, para uma determinada situação médica vista concretamente no contexto previdenciário, sugere-se uma decisão precisa e específica, seja ela a cessação do benefício, seja a aposentadoria por invalidez.

Essas diretrizes periciais sofrem, no entanto, de algumas falhas importantes¹¹⁰. Se por um lado as sugestões de decisões periciais são embasadas nos conhecimentos médicos de epidemiologia, fisiopatologia e terapêutica, por outro, esses conhecimentos são provenientes da prática médica assistencial, que é, como dito anteriormente, qualitativamente muito diversa da prática médica pericial previdenciária¹¹¹. A incidência e a prevalência das doenças vistas “na população em geral”, embora tenham que ter, necessariamente, uma relação com a prevalência das doenças alegadas como motivo de incapacidade, não correspondem àquelas dessas doenças alegadas como motivo de incapacidade. A razão para isso é clara: à previdência social interessa não a doença, mas a incapacidade para o trabalho proveniente do adoecimento; como nem todas as doenças provocam incapacidade (aliás, provavelmente a maioria das doenças conhecidas não o faz) e, quando o

hepatologia e reumatologia; o volume de 2014, sobre sida e HIV, tuberculose e hanseníase.

¹¹⁰ Uma análise crítica abrangente sobre o assunto pode ser encontrada em Fundacentro (2012).

¹¹¹ O desconhecimento sobre as características epidemiológicas e mesmo clínicas das doenças mais prevalentes que motivam os auxílios-doença e as aposentadorias por invalidez não é exclusivo do Brasil, o que, no entanto, não o justifica. Mesmo em países onde há intensa investigação sobre a epidemiologia da previdência social, como a Suécia, há muitos aspectos que ainda precisam ser determinados com maior precisão, entre os quais pode-se citar porque algumas pessoas requerem auxílio-doença e outras não, porque alguns segurados retornam mais rapidamente ao trabalho que outros ou quais indivíduos precisam receber mais atenção para perceberem auxílios previdenciários por períodos menores (SWEDISH COUNCIL ON HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, 2004).

fazem, fazem-no por breves períodos (muitas vezes inferiores ao número de dias exigido pela legislação previdenciária brasileira para que o trabalhador seja submetido à perícia médico do INSS), o perfil epidemiológico previdenciário deve mostrar não as doenças mais prevalentes na população brasileira mas as doenças que mais comumente estão associadas à incapacitação para o trabalho entre os segurados do INSS. De fato, não se sabe qual é a parcela das doenças que são imputadas como incapacitantes que realmente incapacitam os segurados do INSS para o trabalho por mais de 30 dias; o que se sabe, ao contrário, é somente quais os diagnósticos que são alegados com maior frequência como razão da incapacidade para o trabalho, sem que fatores de confundimento (como a influência sobre o auxílio-doença das taxas de emprego e desemprego; a relação entre as concessões do auxílio-doença e o tipo de vinculação do perito avaliador, isto é, se credenciado ou concursado, e as características desses benefícios; ou o impacto das modificações das normas do INSS, portanto infralegais, sobre o perfil de benefícios concedidos) sejam controlados.

Em outros países, como Estados Unidos e Grã-Bretanha, a previdência social não se arrisca a fazer sugestões apriorísticas de incapacidade para cada diagnóstico. Os documentos disponíveis, ao contrário, limitam-se a elencar os aspectos clínicos que devem ser observados para guiar a caracterização de incapacidade para o trabalho (caso da Grã-Bretanha) (UNITED KINGDOM, 2014) ou dos critérios clínicos que permitem a um segurado fazer jus ao benefício previdenciário (EUA) (NOKES & NOKES, 2012). Uma exceção notável é a Espanha, que publicou um documento intitulado sugestivamente de “Tiempos estándar de incapacidad temporal”, cuja segunda edição data de 2008 (ESPAÑA, 2008). A diretriz espanhola sugere o prazo de incapacidade em dias para diagnósticos listados a partir da classificação internacional de doenças em sua nona edição (a décima versão foi publicada pela Organização Mundial da Saúde em 1992). As suas sugestões podem ser consideradas conservadoras em relação às brasileiras; por exemplo, o câncer hepático (hepatocarcinoma: CID 9 – 230.8 e CID 10 – C22.0), tem sugestão de incapacidade pelo documento espanhol de meros 120 dias, prazo absolutamente incompatível com a história natural da doença e com as

consequências das modalidades terapêuticas sobre o segurado. As diretrizes do INSS, ao contrário, são mais humildes e mencionam uma série de situações que precisam ser levadas em consideração para a tomada dessa decisão, sugerindo benefícios de longa duração (inclusive LI) para a maioria dos doentes com hepatocarcinoma (INSS, 2010d).

O resultado desse contrassenso, opondo uma relativa valorização da carreira dos médicos peritos vista no início da década de 2000 a cobranças sistemáticas originadas de diversos agentes sociais, foi um processo de esvaziamento muito intenso e rápido dos quadros da perícia médica previdenciária. Entre março de 2011 a agosto de 2013, nada menos que 1.060 médicos deixaram de atuar como peritos previdenciários, a maioria (60,38%) por exoneração e o restante por aposentadoria. Dos peritos exonerados, a imensa maioria (75,62%) ingressara na carreira de perito médico previdenciário há pouco tempo, pois saíram ainda na categoria funcional AI^{112, 113}. A Tabela A.baixo mostra a distribuição entre as classes funcionais dos peritos que deixaram o atendimento (tanto por exoneração quanto por aposentadoria) (Tabela 7.1). É interessante observar que, se a imensa maioria dos que saíram estava no início da carreira, o esvaziamento se deu até mesmo entre os peritos mais antigos, que já estavam no final da carreira, e ocorreu também por exoneração desses peritos. Em outras palavras, a insatisfação com o trabalho pericial do INSS é tamanha que até mesmo os peritos com muitos anos de casa preferiram abrir mão da estabilidade do serviço público.

¹¹² Gostaríamos de agradecer a imensa boa vontade e ajuda dispensada por Leonildo Souza, do Iparde, que nos auxiliou na tabulação e análise dos dados descritos a seguir.

¹¹³ Ver o Anexo A com a relação das classes funcionais da carreira de perito médico previdenciário e supervisor médico-pericial.

TABELA 7.1 – NÚMERO DE PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS APOSENTADOS OU EXONERADOS, POR CLASSE FUNCIONAL (JULHO DE 2011 A SETEMBRO DE 2013)

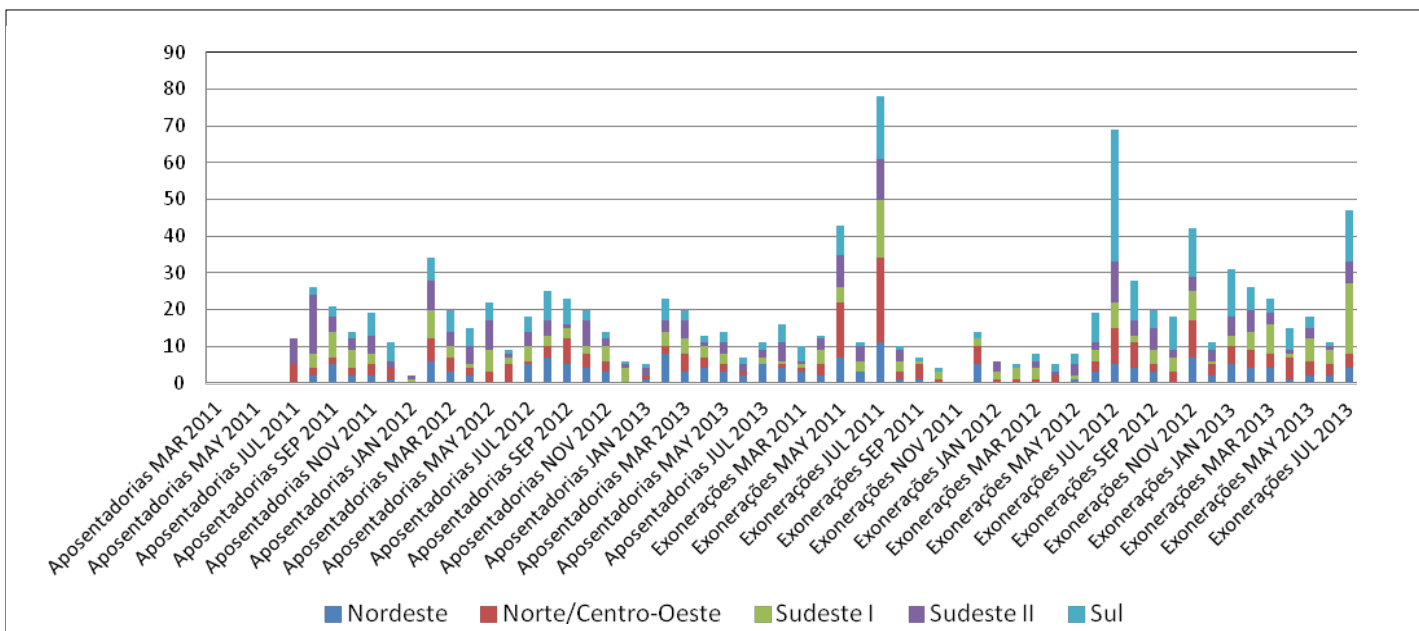
	A I	A II	A III – AV	B I	B II	B III – BV	C I	C II	C III – CV	D I	D II	D III – DV	S I	S II	S III – SV
Aposentadorias	0	2	6	2	5	7	9	3	1	2	0	330	22	16	15
Exonerações	484	18	10	19	47	37	17	7	0	0	0	1	0	0	0

FONTE: o autor, a partir de Perito.med (2013a; 2013b).

As aposentadorias vistas nesse período distribuíram-se mais ou menos equitativamente entre as cinco superintendências do INSS, contrariamente ao que se viu com as exonerações. Neste caso, há uma clara predominância da superintendência Sul, que compreende os estados do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, seguida pelas superintendências Sudeste I (estado de São Paulo) e Norte/Centro-Oeste¹¹⁴, conforme se vê no Gráfico 7.2 abaixo.

¹¹⁴ Ver o anexo IV para a relação das superintendências regionais, os estados compreendidos em suas jurisdições e suas respectivas gerências executivas.

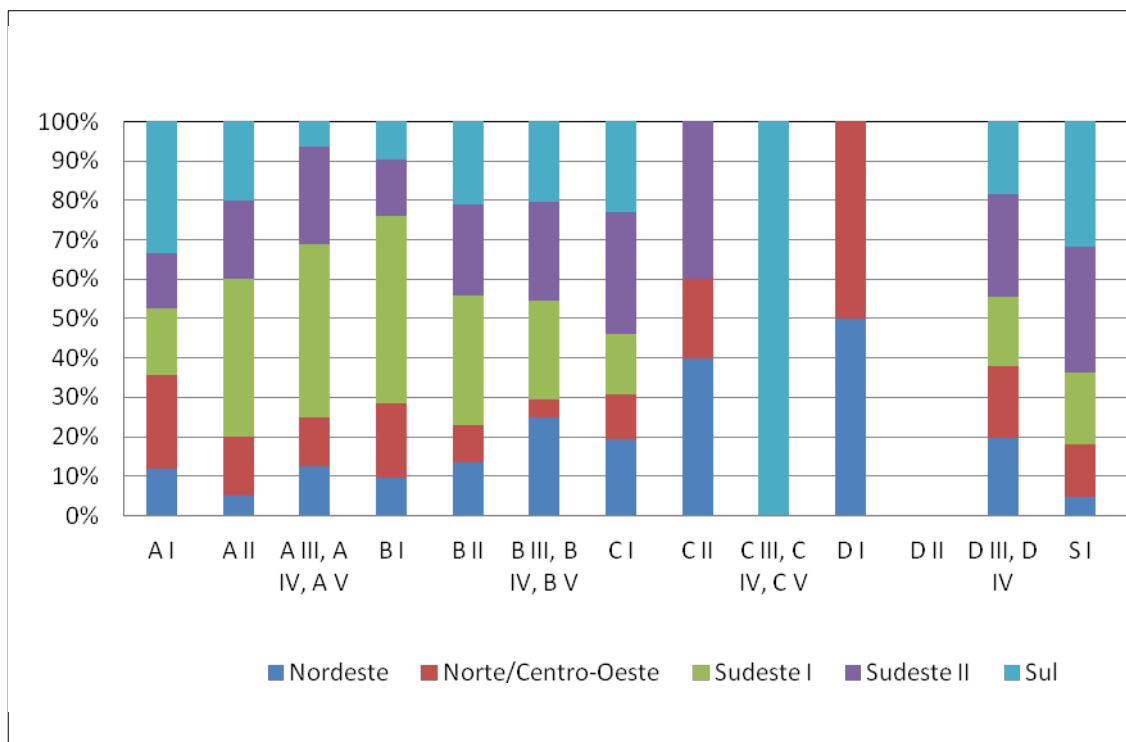
GRÁFICO 7.2 – NÚMERO DE APOSENTADORIAS DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS, POR ANO E POR SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL (BRASIL, MARÇO DE 2011 A JULHO DE 2013)



FONTE: o autor, a partir de Perito.med (2013a; 2013b).

Por outro lado, no mesmo período, as superintendências regionais apresentam perfis próprios do esvaziamento da carreira de perito médico previdenciário. Enquanto no Sul e no Norte/Centro Oeste predominou a saída de peritos em início de carreira (classe AI) (58% e 56%, respectivamente), no Sudeste II e no Nordeste houve um grande número (40%) de peritos experientes (classes DIII e DIV) que deixaram a autarquia (ver gráfico 7.3). Nas superintendências Sudeste I, Sudeste II e Nordeste os peritos em início de carreira que saíram constituíram entre 31% a 39%. Os peritos antigos (classes DIII e DIV) representaram entre 22% a 29% nas superintendências regionais Sul, Sudeste I e Norte/Centro-Oeste (PERITO.MED, 2013a; 2013b) (Gráfico 7.3).

GRÁFICO 7.3 – EXONERAÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS, POR SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL E POR POSIÇÃO NA CARREIRA (BRASIL, MARÇO DE 2011 A JULHO DE 2013; EM %)



FONTE: o autor, a partir de Perito.med (2013a; 2013b).

Segundo o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG – (2014), entre 2007 a 2013 foi autorizado o provimento de 2.495 vagas para peritos médicos, correspondendo às vagas previstas pelos concursos realizados em 2006, 2010 e 2012. Desse total, as vagas autorizadas pelo MPOG a serem preenchidas entre 2011 e 2013 somaram exatamente 1.050, o que significa que não apenas não houve a reposição dos quadros que deixaram o INSS para atender a demanda existente como também essas vagas autorizadas são insuficientes para lidar com a crescente demanda representada pelo plano de expansão das APSs¹¹⁵, que consiste em, pelo menos, mais 300 peritos médicos desde 2010 (supondo que somente um perito atenda em cada nova APS do plano de expansão).

¹¹⁵ O plano de expansão da rede de APSs prevê a construção e inauguração de 721 novas APSs em todo o território brasileiro a partir de 2009. Até abril de 2014, menos da metade desse número tinha sido inaugurado (319 agências, ou 44%), apesar do anúncio, feito em dezembro de 2009, de que 60% dessas novas APSs seriam inauguradas até junho de 2010 (INSS, 2009a; 2014).

7.2. O agente perito médico no campo previdenciário

Seguindo o processo de compreensão do conceito de perito médico, convém perscrutar a Sociologia da profissão médica em geral e da prática médica brasileira em especial, porém a partir do século XX, período em que a Seguridade Social emerge. Sem dúvida os dois processos – o surgimento e crescimento das instituições cujas atividades visam à proteção do trabalhador e seus familiares e a transformação da prática médica de uma atividade liberal e “apostólica” em uma profissão profundamente inserida nas relações sociais e econômicas modernas – são coetâneos, o que não significa, de modo algum haver uma relação necessária de causalidade entre ambos (ainda que, a partir da década de 1960, a Seguridade Social e o “mercado dos cuidados de saúde” tenham se apoiado mutuamente progressivamente).

Uma das características distintivas do perito médico em relação às demais especialidades¹¹⁶ médicas é o caráter burocrático de sua atividade, isto é, o perito desenvolve sua prática como representante do Estado cuja função é fornecer respostas (de natureza médica) para fins burocráticos. Os demais especialistas médicos, de modo geral, atuam visando à intervenção em algum ponto da assistência médica, seja na diagnose, seja na terapêutica.

Portanto, caracterizar o perito médico como um burocrata e localizá-lo na discussão sociológica sobre a burocracia é uma etapa natural e relevante. De fato, a atividade do perito médico previdenciário brasileiro enquadra-se perfeitamente no que M. Lipsky (1980) convencionou chamar de “burocrata de nível de rua” (*street level bureaucrat*¹¹⁷), isto é, aquele que atende diretamente

¹¹⁶ O termo “especialidade médica” possui um significado bastante preciso no Brasil, em que duas associações corporativas médicas (a Associação Médica Brasileira – AMB – e o Conselho Federal de Medicina – CFM) definem quais áreas da prática médica podem ser consideradas especialidades “oficialmente” (e, por extensão, quais médicos que atuam em determinada área são especialistas). Em setembro de 2015 foi criado o Cadastro Nacional de Especialistas, constituído pelo CFM, AMB, Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Comissão Nacional de Residência Médica (CRM-PR, 2015), que reconhece as entidades médicas como interlocutores fundamentais na definição de quais são as especialidades médicas reconhecidas oficialmente. Apesar de a perícia médica ser reconhecida uma especialidade médica, este trabalho não seguirá rigorosamente a terminologia adotada nas resoluções da AMB/CFM.

¹¹⁷ Como vimos no capítulo 3, o “burocrata do nível da rua” não é, evidentemente, o funcionário público que atende os cidadãos na rua, fora da repartição pública. Nesta pesquisa esses servidores públicos serão também chamados de burocrata (ou servidor) de ponta.

a população e, destarte, é quem “entrega” a política pública para os usuários ao representar o Estado. Além do caráter de burocrata de nível de rua, o perito previdenciário também assume as características de porteiro do sistema¹¹⁸, que são vistas no desenvolvimento de sua função de triagem dos requerentes de benefícios, distinguindo os caronistas dos demais. As atividades de porteiro ainda envolveriam as seguintes características, todas elas facilmente atribuíveis ao *street level bureaucrat* e reconhecíveis no perito previdenciário brasileiro: é ele que decide quem tem direito ou não a receber o auxílio-doença, é ele que decide se há a necessidade de medidas adicionais para o retorno ao trabalho, coordenando-as, e inicia o processo de aposentadoria por invalidez, quando seja necessário. Uma parcela não negligenciável dos conflitos envolvendo o porteiro advém da sua dualidade funcional de triagem de quem pode ou não pode aceder o sistema e de coordenar aqueles que, uma vez dentro dele, devem ser encaminhados para o retorno ao trabalho. A interação entre as atribuições endogenamente contraditórias, os usuários do sistema e as várias manifestações de poder provenientes da autarquia traz uma série de resultados para os porteiros: faz os servidores sentirem-se impotentes, tratarem enviesadamente homens e mulheres, seguirem as normas institucionais segundo suas próprias necessidades, interesses ou possibilidades, relacionarem-se mal com colegas da previdência social (tanto os da mesma profissão quanto os de outras funções) e compreenderem com definições díspares conceitos-chave na seguridade social (como doença e incapacidade) (SÖDERBERG & ALEXANDERSON, 2005).

Como no Brasil, em outros países o atestado médico assistente tem algum valor na certificação da incapacidade para o trabalho; muitas vezes, o servidor de ponta abre mão da sua capacidade e de seus conhecimentos para reconhecer como incapacitado para o trabalho o cidadão que é assim caracterizado pelo seu próprio médico assistente (SÖDERBERG & ALEXANDERSON, 2005). Essa postura passiva é novamente explicável a partir do debate de Lispky: o excesso de carga de trabalho e a pressão temporal por resultados.

¹¹⁸ “Porteiro” é a versão na língua portuguesa que escolhemos para traduzir *gatekeeper* (SÖDERBERG & ALEXANDERSON, 2005).

Da mesma forma como há diferenças entre os profissionais de diversos países, também as há entre os diversos peritos médicos que trabalham no Brasil. Este trabalho centrará seus esforços nos peritos médicos cujas atribuições consistem, basicamente, de verificar a capacidade de o segurado do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) tem de exercer suas atividades laborais com vistas à percepção do benefício por incapacidade, isto é, uma renda paga pelo Estado ao trabalhador enquanto a incapacidade de manter-se por meio do trabalho persistir. Outros peritos médicos também avaliam as condições de saúde dos indivíduos mas com outras finalidades, como disputas trabalhistas, securitárias ou compensatórias; há ainda os peritos médicos que trabalham para os sistemas previdenciário dos trabalhadores estatutários (o Regime Próprio da Previdência Social – RPPS), quer dizer, avaliam os funcionários públicos civis da União. Embora esses outros peritos médicos exerçam atividades que guardam suas similitudes com o perito médico previdenciário do RGPS, deve-se ter em mente que apenas os peritos previdenciários surgiram no contexto das políticas públicas de proteção ao trabalhador e assumem um papel bastante claro e definido no desenvolvimento do Estado do bem estar no Brasil.

De um modo simplista, qualquer indivíduo minimamente especializado em alguma tarefa detém algum grau de perícia na sua atividade e é, portanto, um “perito”. Isso é tanto mais verdadeiro quanto se vê, nas sociedades contemporâneas, o aprofundamento do princípio de Aristóteles, que estabelece “a separação dos ofícios e a convergência dos esforços” (LACERDA, 2010, p. 150). Enquanto o desenvolvimento desse princípio permite uma compreensão original das diferenças entre os indivíduos e a sua necessária interdependência (como discutida, por exemplo, por A. Comte), o seu aspecto que mais nos interessa é a especialização nos ofícios exercidos pelos integrantes de uma determinada sociedade. Evidentemente esse fenômeno, a especialização das tarefas, não é um fato desconhecido dos sociólogos; a sua afirmação beira um truísmo acadêmico. No entanto, estudar a perícia médica previdenciária é estudar uma determinada especialização de certos indivíduos cuja formação profissional é em Medicina. Se tomarmos emprestado da antropologia o

conceito de função social, tal como definida por Radcliffe-Brown (2013)¹¹⁹, podemos dizer que a perícia médica previdenciária surgiu para ocupar um “nicho funcional” crescentemente relevante dentro do sistema previdenciário brasileiro.

Em termos bourdieusianos, as atividades desempenhadas pela perícia médica dentro do campo previdenciário contribuem não apenas para a constituição e perpetuação do próprio campo, fornecendo capitais simbólico e financeiro aos demais agentes como também para a definição dos limites desse campo “na medida em que nele sofre efeitos ou que nele os produz” (BOURDIEU, 2011a, p. 31). Os “efeitos produzidos e sentidos” pela perícia médica, evidentemente relacionados às suas atividades, envolvem duas formas distintas de capital embora articuladas entre si, pois a obtenção de uma está ligada mais ou menos diretamente à obtenção da outra forma.

Quando o perito médico do INSS conclui que um determinado requerente apresenta incapacidade para o seu trabalho há o reconhecimento oficial, pelo Estado¹²⁰, de que esse requerente tem o estatuto (“incapaz para o trabalho”) que o habilita a perceber o benefício correspondente (auxílio-doença).

O ponto de vista oficial, caracterizado, entre outros aspectos, por impor uma perspectiva universalmente aceita e liberando o seu detentor da luta pelo capital simbólico. Isso se dá por meio de três situações: 1. Faz o reconhecimento do que alguém ou algo é; 2. Determina o que os agentes devem fazer por meio do discurso administrativo (normas, diretrizes) [...]. O discurso oficial é universalmente reconhecido, em limites circunscritos de uma sociedade (BOURDIEU, 2009).

¹¹⁹ “[...] ‘Função’ é a contribuição que determinada atividade proporciona à atividade total da qual faz parte. A função de determinado costume social é a contribuição que este oferece à vida social total como o funcionamento do sistema social total. Tal modo de ver implica que certo sistema social (toda a estrutura social de uma sociedade juntamente com a totalidade dos costumes sociais nas quais aquela estrutura aparece, e da qual depende para sua existência continuada) tem certo tipo de unidade a que podemos chamar de unidade funcional. Podemos defini-lo como condição pela qual todas as partes do sistema social atuam juntas com suficiente grau de harmonia ou consistência interna, isto é, sem ocasionar conflitos persistentes que nem podem ser solucionados nem controlados” (RADCLIFFE-BROWN, 2013, p. 164).

¹²⁰ A existência tanto formal quanto real do perito médico previdenciário (e, antes dele, do próprio profissional médico) depende do reconhecimento simbólico que somente o Estado pode oferecer quando chancela a posse de um diploma universitário (“credencialismo educacional”). Não por acaso o reconhecimento educacional é o um dos mecanismos usados pelas profissões para buscar o fechamento do mercado de trabalho (COELHO, 1999, p. 29).

Portanto, é a partir da opinião do perito médico que o poder simbólico do Estado é exercido, como detentor do capital simbólico (o estatuto de merecedor do auxílio-doença). Diferentemente dos demais agentes do campo previdenciário, o segurado visa ao capital financeiro, isto é, o pagamento do benefício que o sustentará. A relação entre os dois agentes cria uma dinâmica caracterizada pela “transferência” do capital simbólico para o segurado, associada à obtenção de capital financeiro, e pelo acesso ao capital simbólico como requisito à obtenção do capital financeiro.

Enfim, o grupo de servidores públicos com conhecimentos em Medicina e que atuam dentro da previdência social exercendo as atividades que de fato exercem recebe a designação de perícia médica previdenciária. A posição ocupada pelos peritos médicos brasileiros no campo previdenciário é análoga a de médicos encarregados do mesmo tipo de atividade, ainda que a organização formal dos sistemas de previdência de outros países difira da brasileira (BOER, BESSELING & WILLEMS, 2007). O modelo geral do processo burocrático para concessão de benefícios por incapacidade é discutido em outra parte deste estudo.

A formação profissional dos peritos médicos previdenciários também difere daquela dos seus pares assistenciais por dar-se em dois momentos separados caracterizados por *ethos* específicos. O início da formação do perito é comum a qualquer médico e pode ser representada pela sequência entrada na escola médica, obtenção dos conhecimentos comuns aos médicos com a incorporação do *ethos* médico, saída da escola médica e inclusão no mercado de trabalho médico¹²¹. Ao longo dessa trajetória, o médico aprende a ser, a pensar e a agir como seus pares, isto é, ele adquire o *habitus* que é compartilhado por seus pares. Quando entra na escola médica, o jovem

¹²¹ A obtenção de conhecimentos especializados, dirigidos a uma especialidade médica, seja por meio da residência, seja por meio de um curso de especialização (ou mesmo por meio da prática da especialidade seguida de uma prova de título de especialista), pode interpor-se como etapa intermediária entre a saída da escola médica e a entrada no mercado de trabalho. Para efeito desta análise, no entanto, essa fase pode ser levada em consideração opcionalmente por duas razões. Em primeiro, a residência (ou o curso de especialização) não são obrigatórios para que um médico possa exercer sua prática; em segundo lugar, não há porque considerar que essa fase represente qualquer ponto de inflexão na formação do *habitus* do médico.

estudante (com grande frequência não tendo mais do que 20 anos de idade) rapidamente se adapta aos comportamentos aceitos pela comunidade médica. Isso se dá tanto pela socialização com os estudantes de anos anteriores e com os professores (muitos dos quais médicos) quanto pelas exigências da rotina de estudos, bastante acentuadas e com um enfoque dirigido especificamente para explicar e relacionar a normalidade com as doenças. Ao final do curso de graduação, os futuros médicos já se acostumaram ao cotidiano de atendimento aos pacientes em ambulatórios e em plantões e foram introduzidos ao modo de raciocinar biomédico, ou seja, aprenderam “a soberania da técnica e da racionalidade científica na prática médica” (PEREIRA NETO, 2009). Os comportamentos tipicamente associados ao médico, isto é, as disposições bourdieusianas, como circunspeção ou uso de vestuário de cor branca, tornam-se completamente introjetadas até a conclusão da graduação em Medicina, momento a partir do qual há somente o refinamento do *habitus*.

No mercado de trabalho, seja como residente (ou aluno de especialização), seja como profissional, o médico assistente ocupa-se de uma determinada parcela no processo de cura do doente, dentro de uma especialidade médica, muitas vezes empregando recursos diagnósticos e terapêuticos altamente especializados e de alta tecnologia, caracterizando o chamado “perfil especialista” (PEREIRA NETO, 2009). Algumas das especialidades médicas inserem-se preferencialmente nessa etapa intermediária relacionada à diagnose, situação muito bem exemplificada pela radiologia médica e pela patologia médica.

O perito médico previdenciário, por seu turno, uma vez inserido profissionalmente, é recrutado pela previdência social por meio de concurso público no qual médicos de várias especialidades¹²² competem entre si pelas vagas oferecidas pelo governo federal. Quando é admitido no serviço público, o perito médico previdenciário também é introduzido em um campo diverso daquele ao qual estava acostumado e deve incorporar um *habitus* igualmente

¹²² Embora não tenhamos dados precisos a respeito, é comum médicos cujas práticas se caracterizam por lidar com o trabalho e com os trabalhadores, como médicos do trabalho e até mesmo peritos médicos judiciais ou médicos legistas, ingressarem nos quadros da perícia médica previdenciária. Da mesma forma, os peritos médicos previdenciários, quando não têm formação em Medicina do trabalho previamente à posse no cargo público, buscam esses conhecimentos para ampliar seu entendimento sobre os segurados da previdência social.

diferente e até mesmo contraditório. Ele deve abandonar a figura do médico assistente, que procura fazer um diagnóstico e assim minorar o sofrimento de seu paciente, e assumir a postura do perito médico previdenciário, um funcionário público com formação em Medicina mas que não atua como médico e sim como um servidor público altamente especializado.

A postura assumida pelos peritos médicos previdenciários é única e difere completamente daquela de seus pares médicos. O seguinte trecho, retirado de um estudo sobre o BPC, desvela as consequências sociais da disposição profissional dos peritos do INSS e sua capacidade de afastarem-se de questões e disputas que não estejam envolvidas diretamente à avaliação da capacidade para o trabalho é muito bem descrita no seguinte trecho, tirado de um texto que estuda a concessão do BPC:

A fim de evitar erros na focalização, é recomendável que o INSS continue realizando os exames médicos, em vez de transferir essa tarefa a um médico SUS, que é administrado localmente. Essa recomendação deve-se ao fato de que [...] existe um interesse da administração local em aumentar as transferências de renda recebidas pelos municípios e evitar os custos políticos de negar a concessão de benefícios à população local, mesmo que os requisitos exigidos para a qualificação ao benefício não estejam sendo cumpridos de forma rigorosa. A alternativa de fazer uma perícia médica local, no lugar do exame no INSS, já foi testada durante os primeiros três anos da vigência do BPC e produziu resultados insatisfatórios. (SCHWARZER & QUIRINO, 2002, p. 46)

De fato, como discutido longamente por Almeida (2011), o compromisso assumido pelo perito previdenciário concursado é amplamente diverso do assumido pelo médico assistente. Para o perito médico, o objetivo de sua ação é antes a justiça do que o bem estar do segurado, quem não é seu paciente, mas o objeto da perícia médica. O perito previdenciário responde ao Estado, representado pelo INSS, e sua prática não é uma consulta médica, mas a avaliação de elementos probantes que devem ser registrados em um laudo e que visam a permitir à autoridade demandada (o Estado) chegar a uma conclusão sobre o requerimento feito pelo segurado. A prática pericial apresenta algumas características peculiares aos peritos, dentre as quais citam-se a cientificidade, a impessoalidade e a objetividade. Embora o médico assistente também deva pautar sua prática pela cientificidade e pela

objetividade, as semelhanças com a perícia previdenciária terminam aí; para o médico assistente, o indivíduo que o consulta é um paciente, uma pessoa que busca uma relação pessoal, ainda que estabelecida em termos profissionais, e a quem deve responder aos problemas apresentados. O local onde os dois tipos de médico atuam difere significativamente; o assistente faz o seu diagnóstico e trata o seu paciente exclusivamente no sistema de assistência à saúde, a partir de um determinado viés ético, mas exara atestados médicos cuja função é produzir efeitos eminentemente previdenciários (e trabalhistas). O perito médico, por sua vez, insere-se exclusivamente na seara previdenciária, onde recebe as informações e os clientes enviados da assistência à saúde. Esses diferentes mundos da ação médica comunicam-se muito imperfeitamente; eles não são apenas não intercambiáveis, eles são quase incongruentes¹²³.

O relacionamento entre médico e paciente apresenta vários níveis de assimetria, desde a submissão completa do paciente ao médico (como visto, por exemplo, entre o paciente e o anestesista durante uma cirurgia) até uma relação entre quase iguais (como pode ser visto quando pacientes vão a consultas meramente para solicitar exames complementares, sem que haja uma indicação médica anterior)¹²⁴ (FREIDSON, 2008).

As diferenças vistas nos relacionamentos entre perito e segurado, de um lado, e médico assistente e paciente, do outro, podem ser sumariadas na Tabela 7.2.

¹²³ Essas diferentes funções sociais exibidas pelos médicos assistentes e pelos peritos médicos são também mal compreendidas – e por vezes até negadas – por servidores administrativos do INSS, inclusive por alguns que contam décadas de serviços na casa e que exercem funções tão importantes quanto a de Gerente-Executivo.

¹²⁴ Para E. Freidson é possível, ao menos em teoria, haver relações de poder envolvendo médicos e pacientes onde quem detém o poder são os pacientes, restando aos médicos o pólo passivo da relação. Essa hipótese, no entanto, dificilmente encontra respaldo empírico.

TABELA 7.2 – DIFERENÇAS QUALITATIVAS NAS RELAÇÕES MÉDICO-PACIENTE E PERITO-SEGURADO

ÂMBITO	MÉDICO ASSISTENTE-PACIENTE	PERITO PREVIDENCIÁRIO-SEGURADO
Objetivo	Busca da saúde	Busca do benefício previdenciário (financeiro)
Escolha do médico	Relativa liberdade na escolha do profissional feita pelo paciente	Perito médico imposto ao segurado pelo INSS
Compromisso implícito	Saúde do paciente	Justiça e cumprimento da lei
Simetria da relação	Tende à simetria	Essencialmente assimétrica
Relação de confiança	Confiança mútua	Ocultação e valorização das queixas pelo segurado; desconfiança pelo perito
Satisfação	Compreensão, escuta, cura	Obtenção do benefício
Ganhos secundários	Emocionais	Trabalhistas e financeiros
Acesso ao profissional	“Saúde como direito de todos” – garantida pela Constituição Federal; SUS	Exige filiação e manutenção da qualidade de segurado (contribuição para o INSS)
Formalização documental	Prontuário médico; atestado médico	Laudo pericial médico

FONTE: o autor, a partir de Almeida (s/d; 2011).

As relações entre perito médico e segurado são, portanto, marcadas pela assimetria e essa característica é definidora da prática do perito. Há uma série de circunstâncias que explicam e justificam esse fato, sendo o princípio da impessoalidade no serviço público o primeiro deles. Evidentemente, como mencionado no texto de Almeida (2011, p. 287), a postura impessoal deve ser contrabalançada pela empatia do perito médico, que recebe o segurado e ouve as queixas de um ser humano que está, em princípio, em necessidade. Mechanic (1966) enfatiza que mesmo em sociedades altamente burocratizadas, onde se busca a normatização das relações interpessoais,

It is generally recognized that personal growth and nurturance require a certain degree of intimacy; and various roles – if they are to be fully effective – must be organized to insure the opportunity for the expression of intimate feelings and attitudes¹²⁵ (MECHANIC, 1966).

¹²⁵ “É geralmente reconhecido que o crescimento pessoal e o acolhimento requerem um certo grau de intimidade e vários papéis, para que sejam efetivos, precisam ser organizados de modo a garantir a possibilidade da expressão de sentimentos e de atitudes pessoais”.

Por outro lado, concomitantemente ao progresso técnico-científico da Medicina desenvolveu-se uma postura entre os pacientes e entre os médicos de cobrança da efetividade da sua atuação profissional. Na verdade, os dois fenômenos interpenetram-se e sustentam-se mutuamente: à medida em que a Medicina se torna mais e mais “baseada em evidências”, exige-se que as intervenções diagnósticas e terapêuticas sejam amparadas por resultados estatísticos refinados demonstrando a superioridade de uma determinada estratégia sobre outra. Diante de tais informações bastante precisas desenvolvem-se outras abordagens (ou ainda drogas, equipamentos biomédicos etc.) que se propõe superar as existentes (no mínimo serem-lhe complementares¹²⁶).

Esse avanço técnico-científico manifestou-se de modo peculiar para a perícia médica previdenciária. De fato, a paulatina burocratização da atividade médica está intimamente ligada a ele e pode ser entendida como uma forma de racionalização da sua prática ou, para usar os termos atuais, tornar a atividade médica “baseada em evidências”, o que, em outras palavras, significa aumentar o controle sobre as rotinas cotidianas da atuação médica (mas não sobre o seu conteúdo) (MECHANIC, 1966; FREIDSON, 2008).

Os textos de viés jurídico tendem a entender a impessoalidade como a proibição de “situações que podem ocasionar confusão entre assuntos da repartição e as relações familiares (princípio da impessoalidade), e bem assim impedindo favoritismo, em especial o nepotismo (princípio da moralidade)” ou a proibição de “os servidores de utilizar recursos materiais e humanos em atividades particulares” (CGU, 2013). Na prática pericial médica, também uma atividade inserida na burocracia do governo federal, a impessoalidade, além de ser a vedação do uso dos recursos materiais e humanos para fins particulares, apresenta outras dimensões. Ela representa o distanciamento que o perito deve ter em relação ao segurado enquanto busca obter as informações que permitam embasar o seu laudo técnico a partir dos relatos, do exame físico e

¹²⁶ Como é o caso da investigação por imagens feita por exames de tomografia axial computadorizada ou por ressonância nuclear magnética. As duas modalidades são complementares no sentido de que as vantagens de uma compensam as desvantagens da outra e vice-versa.

dos documentos apresentados durante a perícia médica.

Essa impessoalidade, ou esse distanciamento, é facilitado pelas circunstâncias que forçam os dois agentes a se encontrarem: ambos se encontram por força de uma determinação legal (uma coerção estatal, poder-se-ia dizer) e o usuário do sistema previdenciário – o segurado – é incapaz de escolher quem o atenderá. Além disso, como já dito anteriormente, ao perito médico importa a observância da legislação em busca da justiça mais do que a recuperação do estado de saúde do segurado; nesse sentido, o perito limita-se a localizar, em meio à pletora de informações que recebe, aquelas que lhe permitem ter subsídios para responder à questão que está posta implicitamente em sua função: “o segurado concreto que está diante de si apresenta incapacidade para o trabalho?”.

O médico assistente, quando atende o seu paciente, estabelece uma relação que exige um mínimo de confiança entre as partes: do lado do médico pois deve assumir o relato do seu paciente como verdade, e do lado do paciente porque se sujeita a seguir as orientações desse profissional determinado visando a ter sua saúde restituída. O médico assistente procura uma causa ou uma explicação para os sinais e sintomas apresentados pelo seu paciente, com vistas a oferecer-lhe um diagnóstico, um tratamento e um prognóstico.

As características distintivas das práticas dos médicos que atuam como peritos (seja para dirimir questões previdenciárias, seja para atuar em outras searas, como as trabalhistas, cíveis ou médico-legais) e dos médicos assistentes mereceram crescente atenção do CFM a partir da década de 2000, resultando na publicação de diversas diretrizes ético-normativas que, consolidando o entendimento crescentemente sedimentado sobre o assunto, regulam os campos de atuação desses dois tipos de profissionais com formação em Medicina. A resolução do CFM n. 2.056, de 12 de novembro de 2013¹²⁷, explicita essas diferenças entre os dois tipos de médicos, indo além do que o Código de Ética Médica já estabelecera:

¹²⁷ Vale a pena mencionar o fato de que o CFM adotou a mesmíssima postura na resolução imediatamente seguinte, a de n. 2.057, também de 12 de novembro de 2013 (CFM, 2013b).

Art. 52. Os médicos peritos estão submetidos aos princípios éticos da imparcialidade, do respeito à pessoa, da veracidade, da objetividade e da qualificação profissional.

[...]

Art. 53. Os médicos assistentes técnicos estão submetidos aos mesmos princípios, com ênfase ao da veracidade. *Como são profissionais a serviço de uma das partes, não são imparciais.*

Art. 54. Peritos e médicos assistentes técnicos devem se tratar com respeito e consideração, cabendo ao perito informar aos assistentes técnicos, previamente, todos os passos de sua investigação e franquear-lhes o acesso a todas as etapas do procedimento (CFM, 2013a; sem grifos no original).

Essa resolução pela primeira vez enfatiza uma diferença fundamental existente entre o médico perito e o médico assistente – a assunção de imparcialidade atribuída ao médico perito, que não é compartilhada pelo médico que atende o paciente/segurado. Assim, embora o médico assistente pautar sua prática em princípios éticos consolidados – beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2011) – e em conhecimentos biomédicos baseados na ciência, a natureza específica da relação médico-paciente, que visa em primeiro lugar a beneficiar o paciente “com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (CFM, 2009), torna-o indelevelmente comprometido com a causa do seu paciente, destarte, incapaz de adotar uma postura imparcial para opinar em disputas administrativas ou jurídicas.

Na relação estabelecida entre perito e segurado, no entanto, a busca da justiça e do cumprimento do disposto na legislação previdenciária contrapõe-se amiúde à busca por benefícios previdenciários que se traduzem, em última análise, a ganhos financeiros. Há consequências desse fato para os dois agentes envolvidos no binômio perito-segurado. O requerente ao benefício pode narrar e apresentar provas documentais que lhe sejam mais favoráveis no momento da análise pericial, seja por meio da omissão de informação, seja pelo exagero (ou mesmo pela invenção) do que é dito ao perito. O perito, por seu turno, pode acautelar-se e adotar estratégias com vistas a esclarecer o discurso do segurado quando ele apela para a omissão ou exagero das informações.

Essas estratégias estão longe de limitarem-se ao simplismo da acusação que se imputa aos peritos de que “ganham para negar (isto é, indeferir) pedidos de auxílio-doença”. De fato, a existência de segurados que, mesmo inocentemente, procuram modificar a apresentação do seu quadro para granjear um parecer favorável do perito não deve causar espanto e é reconhecida amplamente na literatura médica (FAUST, 1995; ROGERS, 1984, 1990; JORGE & JORGE, 2011). As estratégias disponíveis para uso dos peritos baseia-se fortemente nos conhecimentos já sedimentados da Medicina e envolvem aspectos cognitivos de propedêutica médica, anatomia, fisiologia, fisiopatologia, farmacologia, terapêutica e epidemiologia, além, naturalmente, do conhecimento da história natural das doenças.

O perito médico deve ter em mente que a “confiança subjetiva” em suas impressões pessoais é insuficiente para guiar a sua decisão sobre a capacidade ou incapacidade laborativa precisamente pelo fato de que há requerentes aos benefícios que estão dispostos a exagerar ou omitir informações relevantes. É necessário, nesse sentido, perscrutar as razões e o quanto elas, se existirem, incentivam o requerente a mascarar de alguma forma a apresentação da sua doença. Nos quadros clínicos mais sutis, como os vistos nos transtornos psiquiátricos, nos quais o diagnóstico repousa principalmente sobre o discurso do paciente-segurado, em vez de pautar-se somente no relato do requerente justifica-se a pesquisa por informações obtidas de outras fontes e por outros meios além do mero relato (FAUST, 1995), o que frequentemente assume a forma do SIMA (solicitação de informações ao médico assistente) e a aplicação de “contraprovas”. Essas “contraprovas” são procedimentos semiológicos que visam a determinar com maior segurança quais alegações, sinais e sintomas apresentados pelo segurado permitem afastar alterações anatômicas, funcionais e psíquicas em indivíduos que, de fato, não apresentam essas alterações alegadas (DEBIASI *et al.*, 2013).

A partir do que foi discutido até agora é possível afirmar que a perícia médica previdenciária, portanto, pode ser considerada uma “quase-profissão” (ou uma “semi-profissão”). As definições de profissão mais frequentes na literatura sociológica envolvem os critérios de uma atividade técnica e a adesão

a normas de conduta específicas relacionadas à competência técnica, impessoalidade e objetividade, imparcialidade e devoção a um ideal (WILENSKI & LEBEAUX, 1968). Segundo esses critérios, a atividade médica representa a quintessência da profissão. Freidson (2008), ao estudar a profissão médica, questiona justamente esses critérios definidores de profissão (embora aceite que a Medicina é um excelente modelo de estudo das profissões). Para ele, a existência a normas de conduta, conquanto seja um critério relevante, não é suficiente nem que os membros da profissão adiram a elas tampouco que seja assegurado à atividade um “estatuto especial na divisão do trabalho”, sancionado pelo Estado (frequentemente por meio de leis) e amparado pela crença da sociedade da importância e dignidade dessa atividade, que seria, de fato, o critério mais importante para definir-se uma atividade como profissão¹²⁸.

Esse estatuto social que garante à profissão a sua posição de destaque (no sentido de que é considerada uma profissão de fato) depende do reconhecimento e do apoio de grupos de poder que financiam e perpetuam o estatuto profissional:

[...] Uma profissão atinge e mantém tal posição graças à proteção e ao patrocínio de algum segmento da elite da sociedade [...]. Sua posição é, então, assegurada por uma influência política e econômica da elite que a patrocina – uma influência que se exerce, em parte, excluindo as ocupações rivais no mesmo setor de atividade, em parte desencorajando-as em função das vantagens competitivas conferidas à profissão escolhida e, em parte, exigindo que as demais ocupações sejam submetidas à profissão eleita. [...] Seu trabalho não precisa corresponder às crenças ou valores do cidadão comum. Mas uma vez estabelecida em sua posição protegida de autonomia, é provável que a profissão tenha a própria dinâmica, desenvolvendo novas ideias ou atividades que podem vagamente refletir as da elite dominante, e até contradizê-las. [...] É essencial para a sobrevivência da profissão que a elite dominante esteja persuadida sobre o valor positivo de seu trabalho, ou que, pelo menos, ele seja inofensivo; é assim que a elite continuará a protegê-la dos intrusos (FREIDSON, 2008, p. 94-95).

¹²⁸ A discussão atual, na literatura estadunidense, sobre o profissionalismo médico concentra suas atenções na prescrição e controle comportamental dos médicos, embora os trabalhos de E. Freidson estejam presentes na literatura médica sobre o significado sociológico de “ser médico”. Enquanto no Brasil esse tipo de normatização faz parte da ética médica e existe desde a primeira metade do século XX, nos Estados Unidos ela data da década de 1980 (LEVINSON *et al.*, 2014).

A adesão do corpo dos peritos previdenciários a um conjunto de normas regulatórias de sua atividade é, antes de ser uma imposição, como se dá com os seus colegas médicos, um pressuposto da prática burocrática. De fato, a impessoalidade, a imparcialidade e a devoção a um ideal são parte do *ethos* próprio do funcionário público. Além disso, como discutido acima, a impessoalidade e a imparcialidade, enquanto características distintivas da perícia médica previdenciária em relação à Medicina assistencial, são aspectos tidos em alta conta pelos peritos e sempre recordados no seu cotidiano pericial. O padrão de trabalho que a perícia persegue, isto é, o ideal a que aderem, envolve e pressupõe tanto a impessoalidade quanto a imparcialidade nas análises da incapacidade dos segurados.

Junto desses dois valores, a partir do final da década de 2000, paulatinamente a perícia previdenciária incorporou a aspiração à “excelência pericial”, cujo significado simbólico foi além da mera recusa do cumprimento obrigatório da agenda diária de perícias imposta pela autarquia. Aspectos até antes negligenciados, como a análise criteriosa dos elementos probantes apresentados pelos requerentes e a estrita correlação entre os elementos de um “trinômio pericial” (a atividade exercida profissionalmente pelo requerente, os achados observados pelo médico no momento da perícia previdenciária e o conhecimento médico sobre história natural das doenças) passaram a ocupar o centro das preocupações da prática pericial.

Há uma outra face da excelência pericial que se relaciona mais diretamente com os conflitos de poder envolvendo os peritos médicos e a autarquia; o cuidado e o esmero exibidos pelos médicos durante suas avaliações são frequentemente acompanhados de duas demandas indissociáveis, por vezes reivindicadas abertamente, frequentemente implícitas: de um lado, a autonomia técnica, do outro lado, a emancipação das cobranças do cumprimento da carga horária de trabalho semanal simultaneamente ao atendimento de toda a agenda diária. Como resultado, a análise pericial assume um caráter de meticulosidade, realizada por um médico ciente da dignidade de suas obrigações, desejoso de empoderar-se ao invés de limitar seu horizonte profissional à obediência aos ditames impostos por uma autarquia que limita temporalmente as análises e sobrecarrega o perito com

tarefas¹²⁹. O Código de Ética Médica assume a figura de um escudo em defesa do escrúpulo na avaliação de cada caso concreto e da recusa à imposição de limitações técnico-temporais da atividade pericial médica¹³⁰.

A hegemonia da Medicina dentro das profissões que cuidam da saúde humana está razoavelmente estabelecida; apesar de não se questionar a dignidade, a relevância e a importância das demais profissões da área, como a enfermagem ou a nutrição, é o médico que dita os rumos do tratamento dos pacientes, pois somente ele detém os conhecimentos necessários para o estabelecimento do diagnóstico e para a prescrição da terapêutica apropriada. Há longa data o Estado brasileiro confere essa primazia para a Medicina (BRASIL, 1932), o que significa, nos termos de Freidson, as “ocupações rivais” foram “submetidas à profissão eleita” em função do convencimento da “elite da sociedade” da sua relevância. A perícia médica previdenciária, no entanto, não dispõe de tamanho prestígio social. É bem verdade que a atividade de “perícia médica” é exclusiva do médico desde a promulgação da Lei do Ato Médico (BRASIL, 2013)¹³¹, o que poderia sugerir que a perícia médica goza da mesma aceitação social exibida pela Medicina assistencial. Uma parcela significativa dos agentes sociais envolvidos direta ou indiretamente com perícias na área da saúde entende que, por força do cabedal de conhecimentos e de suas competências, as avaliações periciais que discutam a saúde do ser humano

¹²⁹ O estudo sobre a excelência da perícia médica previdenciária não se esgota nas considerações sobre o seu *ethos*. De fato, como sugerido nesta seção, há consequências práticas importantes que se refletem no relacionamento e nos conflitos envolvendo os peritos médicos e o INSS, como se verá em outra parte desta tese.

¹³⁰ Sustentando a autonomia do perito há vários artigos do Código de Ética Médica, dentre os quais cita-se: “O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente” (princípio fundamental VII); “O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho” (princípio fundamental VIII); “o médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico” (princípio fundamental XV); e “nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente” (princípio fundamental XVI) (CFM, 2009).

¹³¹ Segundo a lei do Ato Médico, em seu artigo 4º, é privativo do médico “a realização de perícia *médica* e exames médico-legais [...]” (itálico nosso).

devem ser feitas por médicos.

Entretanto, o que na Medicina assistencial parece já estar consolidado, na perícia médica ainda é objeto de disputa entre profissões. Notadamente a fisioterapia e também a psicologia, no Brasil, procuram construir os seus nichos próprios de avaliação pericial, não no sentido de serem profissionais detentores de serem peritos em uma determinada área do conhecimento e da prática humana, mas no sentido da perícia médica, competindo com os médicos em seu campo social (LUCAS, 2012; ORTIZ, 1986), situação contestada muitas vezes pelo próprio poder judiciário (AGU, 2010) e combatida veementemente pelos peritos médicos (MENDANHA, 2013).

A perícia médica previdenciária também detém (ou, ao menos, procura fazer crer) um conjunto articulado de conhecimentos, informações e práticas relativamente autônomo em relação às demais especialidades médicas e que é constituído basicamente pela interseção de várias searas da atividade humana mais bem consolidadas: o direito (previdenciário e administrativo), a Medicina (em suas várias especialidades clínicas e cirúrgicas, mas de modo mais nítido pela Medicina do trabalho) e a ergonomia¹³².

Retomando a discussão anterior sobre a Sociologia das profissões, o conjunto desses fatores – saberes próprios, sanção social, autonomia técnica, normas de conduta, *ethos* particular, processo de recrutamento próprio, disputa de capital social dentro do campo previdenciário – permite avançar a análise e conceber a perícia médica previdenciária como o que denominamos uma quase-profissão, isto é, uma atividade que, tendo origem em uma profissão anterior (da qual é derivada), possui as suas próprias características distintivas de profissão, as quais não são, no entanto, tão desenvolvidas a ponto de permitirem distingui-las completamente. Está claro que a perícia previdenciária tem uma relação profunda com a Medicina assistencial, não apenas porque recruta seus integrantes dela como também porque são as bases sociais, morais e legais da Medicina assistencial que dão sustentação a boa parte da sua prática social; em última análise, deve-se supor que o conjunto dos peritos

¹³² É preciso fazer justiça a outras áreas do conhecimento que também contribuem para os conhecimentos empregados pela perícia médica previdenciária, como a sociologia, a antropologia e a toxicologia.

médicos previdenciários não tem interesse em largar o componente médico da sua atividade pericial.

Há inúmeras tarefas atribuídas aos peritos médicos previdenciários; a determinação da capacidade para o trabalho é somente uma delas, ainda que a mais importante se se pensar na quantidade de tempo dedicada a essa tarefa. Levando-se em conta que a atividade de perito médico previdenciário foi parcialmente criada em função dos desejos e das necessidades da administração pública, as tarefas prescritas abstratamente para os peritos envolvem “o exercício das atividades Médico-Periciais inerentes ao Regime Geral da Previdência Social”, o que é explicado pelo texto legal como sendo:

- I – emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários;
- II – inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários;
- III – caracterização da invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais; e
- IV – execução das demais atividades definidas em regulamento (BRASIL, 2009).

A frouxidão conceitual do texto permite, por um lado, que os peritos previdenciários atuem em searas que ultrapassam a “emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral”, determinadas pela direção do INSS a depender das disputas pelo capital simbólico dentro do campo previdenciário. Por outro lado, é justamente essa mesma frouxidão que, liberando os peritos previdenciários para inserirem-se em inúmeros temas cuja relação com a previdência social é menos evidente e direta (como em ações regressivas contra cônjuges indiciados pela Lei Maria da Penha), permite-lhes impor-se e pressionar os poderes executivo e legislativo e o próprio INSS em favor de suas pautas, o que, em termos bourdieusianos, equivale a conseguir disputar capital simbólico e mover-se dentro do campo previdenciário. A relação das atividades particulares da perícia médica previdenciária, que no texto legal contempla meros quatro itens, soma mais de noventa atribuições, de acordo com as normativas da autarquia publicadas em 2014 (ver Quadro 7.2.1).

QUADRO 7.1 – LISTA DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS

1. Alimentação de sistemas corporativos de benefícios implantados/reactivados judicialmente
2. Alimentação/tratamento de críticas de sistemas corporativos e planilhas eletrônicas
3. Análise de qualidade de laudo pericial por amostragem – QUALITEC
4. Análise processual da fase de defesa na revisão bienal do BPC
5. Análise processual de contestação de NTEP
6. Análise processual de exposição a agentes nocivos para fins de conversão de tempo especial (análise ordinária, revisão, recurso ou judicial)
7. Análise processual de prorrogação de licença maternidade
8. Análise processual de revisão fundamentada no art. 29, inciso II da Lei nº 8.213, de 1991
9. Análise processual de transformação de espécie em fase recursal
10. Análise processual de transformação de espécie em fase revisional
11. Análise processual do laudo médico para a Compensação Previdenciária
12. Análise processual para conclusão técnica da Síndrome da Talidomida
13. Análise processual para isenção de imposto de renda por patologias previstas na legislação específica
14. Análise processual para parecer conclusivo com fins a acatamento ou embasamento para interposição de recurso à CaJ
15. Análise processual para prorrogação de DCI e de outra natureza
16. Análise processual para respostas a órgãos externos
17. Análise processual relacionada a Acordos Internacionais
18. Análise processual, em matéria pericial, a demandas da Presidência do INSS, da Auditoria, da Corregedoria, da Procuradoria, da SR, da Gex, das áreas de Benefícios, de Atendimento, de Gestão de Pessoas, do MOB e da Logística
19. Análise Reabilitação Profissional de desligamento – Avaliação conjunta para fins de encerramento do Programa de Reabilitação Profissional
20. Assistência Técnica à Procuradoria
21. Atividades de controle interno e auditoria em âmbito local, regional e nacional
22. Atividades de planejamento e gerenciamento, supervisão, controle interno e auditoria em âmbito local, regional e nacional
23. Atividades de supervisão em âmbito local, regional e nacional
24. Auxílio-acidente
25. Avaliação de Reabilitação Profissional Subsequente
26. Avaliação do risco ambiental (vistoria ao posto de trabalho)
27. Composição de grupos de trabalho em âmbito local, regional ou nacional
28. Concessão de insalubridade a servidores do INSS (vistoria) 29. Concessão de insalubridade a servidores do INSS emissão do laudo
30. DCB maior ou igual a 01 ano
31. Elaboração de pareceres técnicos de Reabilitação Profissional
32. Inspeção e caracterização de riscos ambientais com vistas ao Programa de Reabilitação Profissional por Inspeção e caracterização de riscos ambientais; análise posto de trabalho; visita técnica

33. Instrução de Processo de ação regressiva
34. Limite Indefinido (aposentadoria por invalidez)
35. Majoração de 25% às aposentadorias por invalidez
36. Participação em Ações da APEGR (Assessoria de Pesquisa Estratégica e Gerenciamento de Risco)
37. Participação em Comissões
38. Participação em Grupo Informativo de Reabilitação Profissional – 2 horas
39. Pendência de Controle Operacional SABI
40. Pensão por morte (maior inválido) (B21)
41. Perícia de Aeronauta em junta mista
42. Perícia de BPC (B87)
43. Perícia de cessação B32/B92
44. Perícia de conclusão de SIMA
45. Perícia de conclusão de SIMA na aposentadoria da pessoa com deficiência
46. Perícia de instrução de recurso de benefício por incapacidade
47. Perícia de instrução de recurso de benefício por incapacidade – Modalidade não presencial
48. Perícia de pedido de alta antecipada
49. Perícia de Prorrogação PP
50. Perícia de Reabilitação Profissional inicial – Avaliação conjunta do potencial laborativo
51. Perícia de Reconsideração PR
52. Perícia de recurso de BPC
53. Perícia de recurso na análise da aposentadoria da pessoa com deficiência
54. Perícia de recurso por diligência – Modalidade não presencial
55. Perícia de recurso por diligência – Modalidade presencial
56. Perícia de retorno de Revisão de 2 anos
57. Perícia de revisão administrativa de benefícios implantados judicialmente
58. Perícia de revisão bienal da Aposentadoria por invalidez (perícia singular)
59. Perícia de revisão bienal do BPC (B87)
60. Perícia de revisão de benefícios de longa duração (em equipe)
61. Perícia de revisão de benefícios de longa duração (singular)
62. Perícia de servidor e familiar
63. Perícia em trânsito
64. Perícia hospitalar/ domiciliar de Prorrogação PP
65. Perícia hospitalar/ domiciliar de Reconsideração PR
66. Perícia hospitalar/ domiciliar inicial
67. Perícia inicial
68. Perícia Inicial de Reabilitação Profissional com status judicial – Avaliação conjunta do potencial laborativo
69. Perícia Inicial de Reabilitação Profissional para fins de prescrição de Órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e recursos materiais

70. Perícia Judicial Conciliatória
71. Perícia médica na análise da aposentadoria da pessoa com deficiência
72. Perícia para análise de auxílio acidente
73. Perícia para análise de maior inválido (B21)
74. Perícia para análise de majoração de 25%
75. Perícia por controle operacional
76. Perícia por junta médica para avaliação da Síndrome da Talidomida
77. Perícia por Junta Médica para fins de análise de regularidade do Benefício por Incapacidade MOB
78. Perícia presencial para análise de isenção de imposto de renda por patologias previstas na legislação específica
79. Perícia presencial relacionada a Acordos Internacionais
80. Perícia subsequente de Reabilitação Profissional para prescrição de Órteses, Próteses, meios auxiliares de locomoção e recursos materiais
81. Preenchimento de formulários/emissão de ofícios de Reabilitação Profissional
82. Representação da perícia médica junto a órgãos externos e internos
83. Reuniões externas para fins de articulação em Reabilitação Profissional
84. Reuniões internas/técnicas de Reabilitação Profissional
85. Reuniões Técnicas
86. Revisão em dois anos (R2)
87. Treinamento e capacitação
88. Treinamento de Reabilitação Profissional
89. Viagem a objeto de serviço
90. Visita domiciliar /de outra natureza para fins de Reabilitação Profissional
91. Vistoria técnica com vistas ao Programa de Reabilitação Profissional

FONTE: o autor, a partir de INSS (2015a).

As disputas de poder envolvendo os peritos médicos e a autarquia, o que, em última análise, podem ser entendidas como reflexos dos atritos entre um grupo de servidores públicos e o governo federal em busca de maior espaço na arena política, não impedem que o próprio poder executivo crescente paulatinamente mais funções às já numerosas atribuições dos peritos médicos. Interessa notar que a perícia previdenciária mantém sua posição de relativo destaque e importância dentro do campo previdenciário por iniciativa do mesmo poder executivo federal que mantém uma postura ambígua a seu respeito, oscilando, de um lado, entre a expectativa do desempenho de papéis centrais em iniciativas governamentais de grande repercussão e impacto social e, do outro lado, entre medidas concretas que visam a tolher a

capacidade dos peritos previdenciários de exercerem a discricionariedade que lhes cabe dentro do processo burocrático.

A ambivalência frente à importância relativa da perícia médica dentro do campo previdenciário é evidente a partir da observação de fatos com tendências antagônicas. As iniciativas que, como dito acima, visam a subtrair da perícia médica as suas atribuições e a capacidade de interferir na condução das políticas públicas do poder executivo federal, são contrabalançadas por decisões que destacam a profunda dependência que tem o poder executivo federal da prática pericial autônoma. Assim, normas baixadas pela direção do INSS ou mesmo pelo MPS, retirando da perícia médica o poder de decidir sobre os benefícios previdenciários para os quais a própria carreira de perito médico foi criada, alternam-se com outras normas, várias delas de grande impacto social, onde as avaliações periciais ocupam papel central.

Exemplos do primeiro grupo de decisões da autarquia e do poder executivo federal são o memorando circular conjunto Dirben n. 29, de 12 de setembro de 2013, que permitia aos conselheiros leigos das JRPSs emitir opiniões sobre benefícios por incapacidade sem serem aconselhados por peritos previdenciários e a portaria MPS n. 1474, de 7 de dezembro de 2012, que devolveu os peritos médicos que assistiam as JRPSs para o INSS; o memorando circular conjunto Dirsat/DGP n. 4, de 30 de novembro de 2012, que retirou os peritos que atuavam aconselhando as AADJs, e ainda o memorando circular conjunto Dirsat/DGP/PFE, que limitou a lotação máxima de peritos nos SSTs ao total de cinco servidores. Vale a pena recordar as diversas propostas discutidas pela autarquia, desde ao menos 2010, sobre mudanças no modelo de concessão de benefício por incapacidade, deslocando da figura do perito médico de uma posição central para uma outra, de adjuvante (MPS, 2011; INSS, 2013).

O segundo grupo de normativas é bem representado pela portaria interministerial n. 1, de 27 de janeiro de 2014, que prevê que a aposentaria especial do deficiente deve ser avaliada pelos peritos médicos previdenciários (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2014).

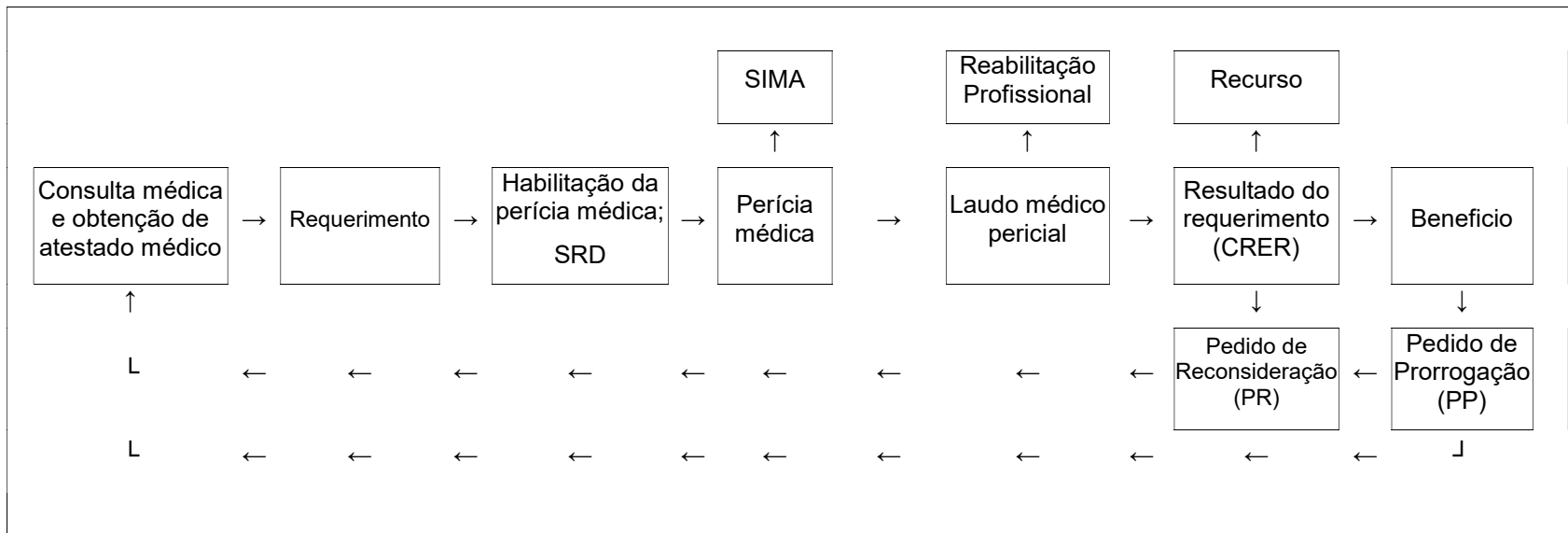
7.3. O roteiro da concessão do benefício por incapacidade

Corremos a outro ministério e vimos várias senhoras difíceis entregues a trabalhos incompreensíveis. Não achamos os nossos papéis, é claro. Andamos em repartições diferentes, voltamos ao primeiro ministério, ao segundo, tornamos a voltar, percorremos infinitos canais competentes – e em toda a parte esbarramos com senhoras atarefadas, que executavam operações estranhas, usavam uma linguagem desesperadamente confusa e recebiam indiferentes as nossas queixas e os nossos rogos (Graciliano Ramos, 2013).

A concessão de um benefício por incapacidade – “auxílio-doença” ou “aposentadoria por invalidez” – segue uma série de etapas previstas na legislação previdenciária¹³³. Essa sequência manteve-se razoavelmente inalterada ao longo dos anos nas normas brasileira, embora tenha se tornado mais complexa ao acompanhar e incorporar a adição progressiva de novas possibilidades nos trâmites burocráticos. Ademais, é interessante notar que o esquema adotado no Brasil assemelha-se muito aos de diversos países europeus – fato que provavelmente não seja mera coincidência, dada a inspiração de vários desses programas para a própria seguridade social brasileira. Segundo Boer, Besseling e Willems (2007), ainda que a definição para incapacidade (ou invalidez, dependendo do país) e os textos legais que regem a seguridade social variem entre os países, os esquemas nacionais de seguridade social são bastante similares. A sequência típica de eventos possíveis para o recebimento do benefício por incapacidade no Brasil é relativamente simples e acompanha, em linhas gerais, as etapas mostradas na figura 7.3.1.

¹³³ Algumas das ideias expostas neste capítulo já foram discutidas em BISCAIA (2013).

FIGURA 7.1 – ESQUEMA SIMPLIFICADO DAS ETAPAS PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE



FONTE: o autor, a partir de Boer, Besseling e Willems (2007).

O processo de concessão tem início quando um trabalhador¹³⁴ é acometido de alguma doença que o impeça de trabalhar por mais de 15 dias¹³⁵. Essa impossibilidade para o trabalho precisa ter alguma forma de certificação médica, seja sob a forma de um atestado médico, seja sob a forma de um relatório redigido pelo médico assistente, dirigido ao perito médico, onde uma série de informações relativas à doença do segurado são registradas. A finalidade desses dois documentos é a mesma: informar ao agente do Estado – o perito médico – que o segurado não pode trabalhar porque está lidando com alguma doença que interfere na sua capacidade de exercer as atividades laborais.

Esse trabalhador, de posse da certificação de que tem alguma doença que o impede de trabalhar, deve, em seguida, entrar em contato com o sistema de seguridade social para programar uma avaliação pericial médica. A marcação dessa avaliação pode ser feita diretamente em uma APS ou por meio remoto, por meio de uma ligação telefônica ou pelo sítio do INSS. Na data em que foi marcada a avaliação pericial médica, o trabalhador deve, antes de se consultar com o médico, submeter-se à verificação de diversos pré-requisitos administrativos que são cumulativos à própria análise pericial médica para a concessão do benefício por incapacidade. Entre esses pré-requisitos figuram, como mencionado acima, estar incapacitado para o trabalho por mais de 30 dias, ter cumprido o período de carência e, naturalmente, ser filiado ao regime geral da previdência social. Nos casos em que um ou mais pré-requisitos não são satisfeitos, ainda que a avaliação pericial médica considere o trabalhador incapaz para o exercício de sua profissão, o benefício por incapacidade não

¹³⁴ Para evitar a exposição das inúmeras minúcias previstas na legislação previdenciária, a explicação do processo de concessão de benefício por incapacidade será a do caso mais simples, que é a do filiado obrigatório ao RGPS, representado pelo trabalhador urbano que tem contrato de trabalho e registro na carteira de trabalho e previdência social. As outras modalidades de trabalhadores, como os agricultores, trabalhadores domésticos ou trabalhadores da estiva, têm seus processos de concessão de benefícios previdenciários diferindo em aspectos muito específicos, cujo interesse nesta pesquisa é bastante limitado.

¹³⁵ Por um breve período, entre o final de 2014, quando houve a publicação da medida provisória n. 664, de 30 de dezembro (BRASIL, 2014), até junho de 2015, momento da publicação da lei 13.135, de 17 de junho (BRASIL, 2015), o trabalhador seria submetido a perícia médica pelo INSS se se afastasse do trabalho por mais de 30 dias, sendo responsabilidade do empregador o pagamento do salário pelos primeiros 30 dias e, do INSS, a partir do 31º dia. Em junho de 2015, a antiga regra, a dos 15 dias, vigente há mais de 65 anos (BRASIL, 1949) voltou a regular o benefício por incapacidade.

será concedido.

Algumas informações administrativas dependem fundamentalmente da análise que o perito médico faz das informações médicas apresentadas pelo trabalhador. Assim, são de responsabilidade do perito a verificação de que a doença alegada como origem da incapacidade teve início antes ou após a filiação ao regime geral (ou, ainda, tratando-se de doença preexistente à filiação ao regime geral, se houve agravamento das condições clínicas antes ou depois dessa filiação) e o estabelecimento da relação entre a doença e as atividades laborativas exercidas pelo trabalhador.

Outros dados administrativos que também influenciam a concessão do benefício por incapacidade dependem do empregador, como a data do afastamento do trabalho e a data da admissão no emprego. Embora não interfira diretamente na concessão do benefício (mas no valor do próprio auxílio), a informação do valor do salário do trabalhador também é de responsabilidade do empregador.

Vencidas essas etapas iniciais, o trabalhador encontra o perito médico previdenciário. Esse momento não é destituído de algum simbolismo. Falas como “passar na perícia” ou “ser aprovado pelo perito” são comuns e fazem parte do léxico leigo que interpreta a atividade pericial. O perito médico previdenciário, no entanto, não “aprova” algum segurado nem fá-lo “passar” no benefício. É preciso lembrar que a concessão do benefício previdenciário é feita pelo INSS e não pelo perito médico; a sua conclusão é apenas uma das várias etapas a serem cumpridas para a percepção do auxílio-doença.

Quando o perito tem o segurado diante de si, a sua preocupação é responder a determinadas questões formuladas implícita ou explicitamente pelo Estado, cabendo analisar as consequências de um dado diagnóstico sobre a capacidade para o trabalho do paciente/segurado, não sendo de sua responsabilidade o diagnóstico, o tratamento nem o acompanhamento do paciente, embora esses conhecimentos sejam indispensáveis para sua avaliação. Assim, é possível distinguir duas figuras com formação em Medicina que interagem com o segurado em diferentes momentos: primeiro o médico assistente e, segundo, o perito médico. Ao médico assistente compete, conforme determinado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em repetidas

resoluções, informar ao perito médico o diagnóstico, os resultados dos exames complementares, a conduta terapêutica, o prognóstico, as consequências à saúde do paciente e o tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação (CFM, 2008). O perito médico, por sua vez, de posse dessas informações e daquelas outras obtidas durante a consulta pericial, deve “avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais frequente é a habilitação a um benefício por incapacidade” (CFM, 2008).

Na hipótese de o segurado não apresentar informações suficientes para a análise pericial, como, por exemplo, um atestado que comprove a data de uma cirurgia, o perito pode fazer uma solicitação de informação para o médico assistente – SIMA¹³⁶ –, deixando o processo de concessão do benefício suspenso até o retorno do requerente com as informações necessárias. A suspensão do processo, no entanto, não é indefinida – como amiúde são os prazos estabelecidos pela burocracia – e limita-se a 30 dias, findos os quais a solicitação do benefício por incapacidade é indeferido pela suposição de ter havido desistência do requerimento. Havendo o indeferimento administrativo, resta ao segurado somente reiniciar o processo para obtenção do auxílio.

Se as informações coletadas pelo perito médico durante a consulta pericial forem consideradas suficientes, são possíveis dois tipos principais de conclusões: o perito concluir pela existência de incapacidade para o trabalho ou pela sua inexistência. Evidentemente, como sugerido acima, não basta o perito considerar que o requerente esteve (ou está) incapaz para suas atividades laborais para que ele perceba o auxílio-acidente. Além da avaliação pericial é necessário que as etapas meramente administrativas tenham sido vencidas e cumpridas, sob pena de, mesmo apresentando algum problema de saúde que interfira no desempenho de seu trabalho, o requerente não faça jus ao benefício.

Quando o requerente preenche as condições administrativas e a análise pericial considera o requerente incapaz para o trabalho, sua conclusão pode

¹³⁶ O SIMA é o equivalente pericial médico para o que se chama de exigências administrativas, quando a análise ou a instrução de um requerimento é suspensa temporariamente para que o requerente possa providenciar determinados documentos exigidos pela administração. Ver, no anexo V, um exemplo de SIMA.

ser ainda de três tipos dependentes da relação temporal com a data da própria análise pericial. Assim, o término da incapacidade pode ser estimado como tendo ocorrido antes da perícia, no dia da perícia ou ainda não ter se dado (quando o segurado permanece impossibilitado para o trabalho).

A terceira possibilidade – a de permanência da incapacidade para o trabalho – enseja ainda outras decisões periciais. É possível que o perito médico entenda que a doença de que padece o requerente seja tão intensa ou produza consequências anatômicas e funcionais tais que tornam o exercício de qualquer atividade impossível para o requerente. Nesse caso o perito médico pode sugerir o limite indefinido (LI), conhecido como aposentadoria por invalidez. A doença do segurado pode, no entanto, impedi-lo ou dificultar-lhe o desempenho de algumas atividades mas não de outras, situação em que o segurado pode ser encaminhado para a reabilitação profissional (RP) do próprio INSS, onde será treinado em função diversa daquela que costumava exercer e para a qual foi considerado incapaz. Qualquer que seja o resultado da perícia, ele é informado em um documento onde constam a conclusão da autarquia, a fundamentação legal, a CRER (ver o anexo D).

Ao segurado é dado solicitar um prazo maior para convalescença ou recuperação do que aquele sugerido na perícia inicial. Se o requerimento for realizado antes do término do prazo determinado, será o caso de um pedido de prorrogação (PP); se, por outro lado, esse requerimento for feito após a cessação do benefício por incapacidade, será o caso de um pedido de reconsideração (PR). As duas situações diferem em vários aspectos além da mera semântica e da relação temporal. Assim, o trabalhador que pede um PP deve, em princípio, receber o benefício no mínimo até a data da perícia de prorrogação; como se trata de uma prorrogação, supõe-se que a situação causadora da incapacidade para o trabalho perdura e o segurado deva permanecer afastado das atividades laborais, donde o benefício deve ser dilatado. Até julho de 2010, quando o perito entendesse, na perícia de prorrogação, que o trabalhador não apresentava mais incapacidade para suas funções posteriormente à data da cessação do benefício anteriormente definida (isto é, antes da perícia de prorrogação), a percepção do benefício cessaria no dia definido anteriormente e não na data do P. Em julho de 2010 o INSS alterou

essa regra por meio da instituição do que chamou de “data de cessação administrativa” (DCA)¹³⁷ de modo a garantir o pagamento do auxílio-doença até a data do PP, mesmo que a decisão do perito na ocasião tenha sido contrária ao pleito do segurado. Em termos práticos, ao trabalhador é vantajoso requerer um PP mesmo que já não se encontre incapaz para o trabalho e mesmo que saiba que a dilação do benefício será negada.

O PR, por outro lado, não sofre a influência da DCA; ele se dá quando um segurado teve um requerimento indeferido por razões médicas (e não administrativas, como falta da qualidade de segurado) e discorda desse resultado, seja porque se considere ainda incapaz para o trabalho, seja porque a doença que motivara inicialmente o afastamento do trabalho modificou-se (por exemplo, agravando-se) ou porque o segurado apresenta nova doença supostamente incapacitante. Em todo caso, o PR é o momento de apresentar novas informações para a análise pericial, pois se supõe que a incapacidade para o trabalho já não mais existe e que, portanto, o trabalhador já deveria ter reassumido suas funções habituais. A conclusão do médico no PR tem efeitos diversos da do PP para o trabalhador: se o perito mantiver a conclusão anterior, isto é, se entender que a incapacidade cessou anteriormente, conforme fixado na perícia inicial ou de PP, o segurado não tem direito a receber nenhum valor entre a perícia que lhe suspendeu o auxílio e o PR. O médico pode deliberar de outro modo, acatando as alegações do segurado e reformando a decisão anterior, que lhe fora desfavorável. Neste caso, o benefício pode ser reestabelecido até a data do PR ou até uma data posterior; se houver uma nova perícia em seguida a esse PR favorável, ela será um PP e não um novo PR. Tentar a sorte em uma perícia de reconsideração evidentemente é uma aposta de risco para o trabalhador.

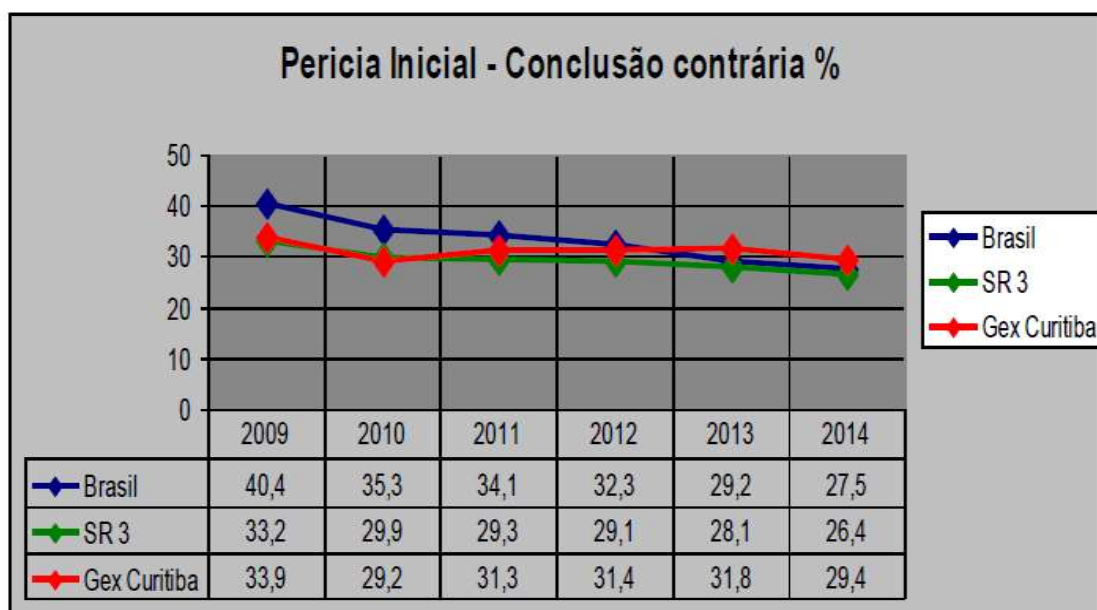
O PR foi considerado como uma forma de recurso presencial sobre a matéria médica até 2013, devendo ser necessariamente feito por perito diverso daquele que proferiu a decisão que se propõe reformar com o PR. Em janeiro de 2013 o INSS transformou o caráter recursal da perícia de reconsideração (INSS, 2013a), permitindo a partir de então que o mesmo perito cuja opinião é

¹³⁷ Instituída pelo Memorando-Circular Conjunto Dirben-Dirsat-Dirat nº 36, de 19 de julho de 2010, em resposta ao determinado pela ação civil pública nº 2005.33.00.020219-8 (INSS, 2010a).

contestada seja o julgador da contestação¹³⁸.

Os gráficos 7.4 a 7.6 mostram a evolução das conclusões periciais nas perícias iniciais, nos PPs e nos PRs de 2009 a 2014, comparando os resultados agregados de todo o Brasil, da Superintendência Regional Sul e da Gerência Executiva de Curitiba.

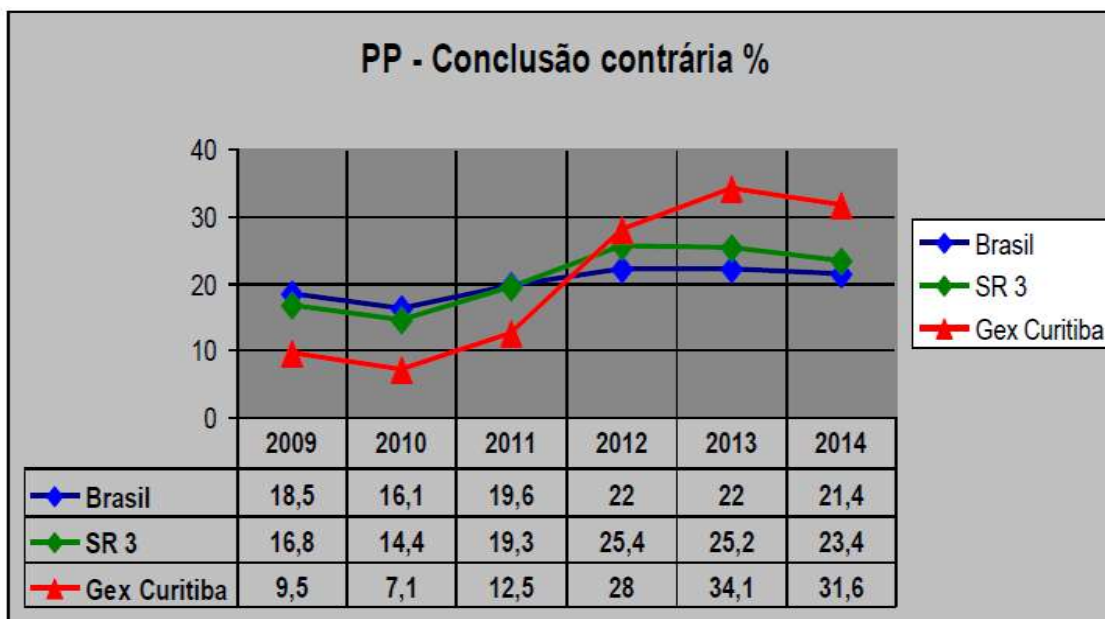
GRÁFICO 7.4 – CONCLUSÕES CONTRÁRIAS NAS PERÍCIAS INICIAIS NO BRASIL, NA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL SUL E NA GERÊNCIA EXECUTIVA DE CURITIBA (2009-2014; EM %)



FONTE: INSS (2014b).

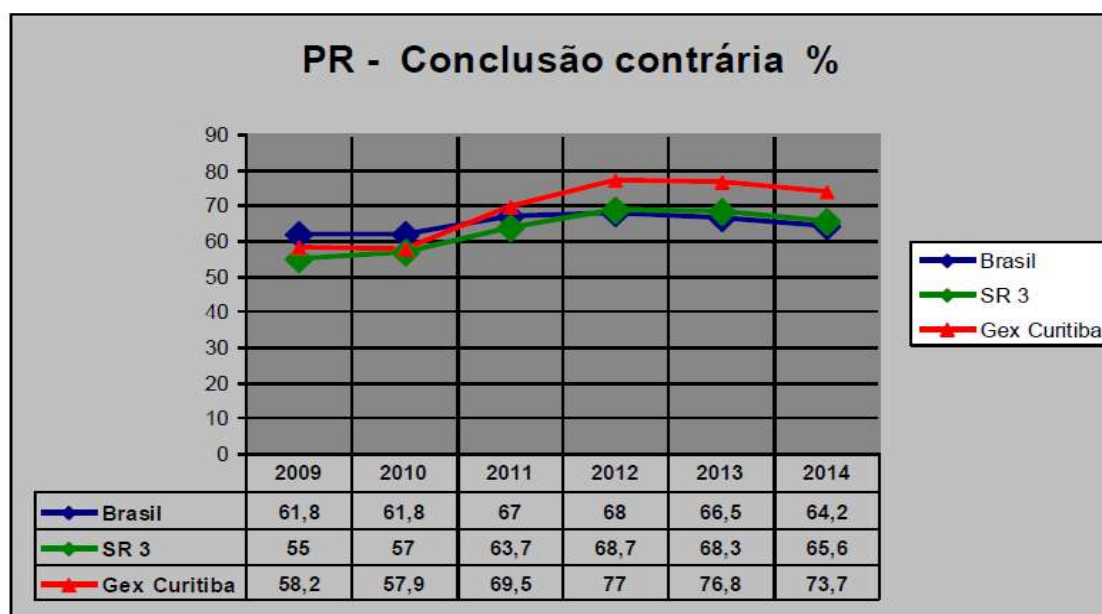
¹³⁸ As entidades médicas pronunciaram-se diversamente sobre essa decisão. A ANMP questionou junto ao CFM a eticidade de um mesmo médico reexaminar em perícia previdenciária o mesmo segurado após uma decisão contrária. O CFM entendeu não haver infração ética “mantendo ou reformando sua decisão anterior diante da apresentação de novos elementos, haja vista não subtrair a instância recursal” (CFM, 2013).

GRÁFICO 7.5 – CONCLUSÕES CONTRÁRIAS NAS PERÍCIAS DE PRORROGAÇÃO NO BRASIL, NA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL SUL E NA GERÊNCIA EXECUTIVA DE CURITIBA (2009-2014; EM %)



FONTE: INSS (2014b).

GRÁFICO 7.6 – CONCLUSÕES CONTRÁRIAS NAS PERÍCIAS DE RECONSIDERAÇÃO NO BRASIL, NA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL SUL E NA GERÊNCIA EXECUTIVA DE CURITIBA (2009-2014; EM %)



FONTE: INSS (2014b).

O aumento dos indeferimentos nas perícias seguintes, isto é, nas perícias de PP e de PR, foi acompanhado da diminuição dos indeferimentos

nas perícias iniciais. Essas tendências de longo prazo, vistas em todo o país mas mais intensamente na gerência executiva de Curitiba, permitem propor que as sugestões de prazo de benefício feitas nas perícias iniciais são mais criteriosas e acertadas, dispensando a necessidade da reforma dos prazos estipulados anteriormente e, destarte, diminuindo a necessidade da dilação do benefício em perícias subsequentes. Há vários fatos intercorrentes que estão implicados nessas curvas: a entrada de novas gerações de peritos médicos com os concursos feitos a partir de 2008, a progressiva profissionalização da atividade pericial previdenciária (com todas as suas implicações), o uso de diretrizes de apoio às decisões periciais e, o que provavelmente é mais relevante, a adoção de posturas profissionais que se coadunam com a “excelência pericial”. Essa interpretação é coerente com os resultados de análises que fizemos dos recursos impetrados pelos segurados contra as decisões periciais de todas as APSs da Gex Curitiba (BISCAIA & GALLO, 2013): há uma homogeneidade das decisões periciais em relação aos diagnósticos mais prevalentes na prática, independentemente da localização da APS (isto é, se localizada em Curitiba ou na região metropolitana da capital) e do número de peritos previdenciários lotados em cada APS. Em outras palavras, em Curitiba os peritos tendem a decidir de modo semelhante ao analisarem as mesmas doenças alegadas pelos segurados como razão de suas incapacidades para o trabalho.

Os trabalhadores cujos benefícios cessaram porque as doenças que o motivaram, usualmente de origem traumática, acham-se consolidadas, isto é, não têm perspectivas de evoluir, mas obrigam-no a empregar maior esforço na realização das tarefas ordinariamente realizadas antes de se afastar do trabalho, podem receber uma compensação de caráter indenizatório: o auxílio-acidente. Esse benefício é pago ao trabalhador até o momento de sua aposentadoria e corresponde grosseiramente a metade do seu salário antes de se afastar do trabalho motivado pela doença (ou trauma). A indicação da implantação do pagamento do auxílio-acidente também é feita pelo perito médico previdenciário no momento em que cessa o auxílio-doença; é preciso que, além de exigir do trabalhador mais esforço para a realização das suas funções, as sequelas se enquadrem nos critérios estabelecidos na legislação

previdenciária (ver Quadro 7.2).

QUADRO 7.2 – RELAÇÃO DAS SITUAÇÕES QUE DÃO DIREITO AO AUXÍLIO-ACIDENTE SEGUNDO O ANEXO III DO DECRETO N. 3.048, DE 6 DE MAIO DE 1999

<p>Aparelho visual</p> <p>Situações:</p> <p>a) acuidade visual, após correção, igual ou inferior a 0,2 no olho acidentado;</p> <p>b) acuidade visual, após correção, igual ou inferior a 0,5 em ambos os olhos, quando ambos tiverem sido acidentados;</p> <p>c) acuidade visual, após correção, igual ou inferior a 0,5 no olho acidentado, quando a do outro olho for igual a 0,5 ou menos, após correção;</p> <p>d) lesão da musculatura extrínseca do olho, acarretando paresia ou paralisia;</p> <p>e) lesão bilateral das vias lacrimais, com ou sem fístulas, ou unilateral com fístula.</p> <p>[...]</p> <p>Aparelho auditivo</p> <p>Trauma acústico</p> <p>a) perda da audição no ouvido acidentado;</p> <p>b) redução da audição em grau médio ou superior em ambos os ouvidos, quando os dois tiverem sido acidentados;</p> <p>c) redução da audição, em grau médio ou superior, no ouvido acidentado, quando a audição do outro estiver também reduzida em grau médio ou superior.</p> <p>[...]</p> <p>Aparelho da fonação</p> <p>Situação:</p> <p>Perturbação da palavra em grau médio ou máximo, desde que comprovada por métodos clínicos objetivos.</p> <p>Prejuízo estético</p> <p>Situações:</p> <p>Prejuízo estético, em grau médio ou máximo, quando atingidos crânios, e/ou face, e/ou pescoço ou perda de dentes quando há também deformação da arcada dentária que impede o uso de prótese.</p> <p>[...]</p> <p>Perdas de segmentos de membros</p> <p>Situações:</p> <p>a) perda de segmento ao nível ou acima do carpo;</p> <p>b) perda de segmento do primeiro quirodáctilo, desde que atingida a falange proximal;</p> <p>c) perda de segmentos de dois quirodáctilos, desde que atingida a falange proximal em pelo menos um deles;</p> <p>d) perda de segmento do segundo quirodáctilo, desde que atingida a falange proximal;</p> <p>e) perda de segmento de três ou mais falanges, de três ou mais quirodáctilos;</p> <p>f) perda de segmento ao nível ou acima do tarso;</p>

- g) perda de segmento do primeiro pododáctilo, desde que atingida a falange proximal;
- h) perda de segmento de dois pododáctilos, desde que atingida a falange proximal em ambos;
- i) perda de segmento de três ou mais falanges, de três ou mais pododáctilos.

[...]

Alterações articulares

Situações:

- a) redução em grau médio ou superior dos movimentos da mandíbula;
- b) redução em grau máximo dos movimentos do segmento cervical da coluna vertebral;
- c) redução em grau máximo dos movimentos do segmento lombo-sacro da coluna vertebral;
- d) redução em grau médio ou superior dos movimentos das articulações do ombro ou do cotovelo;
- e) redução em grau médio ou superior dos movimentos de pronação e/ou de supinação do antebraço;
- f) redução em grau máximo dos movimentos do primeiro e/ou do segundo quirodáctilo, desde que atingidas as articulações metacarpo-falangeana e falange-falangeana;
- g) redução em grau médio ou superior dos movimentos das articulações coxo-femural e/ou joelho, e/ou tíbio-társica.

[...]

Encurtamento de membro inferior

Situação:

Encurtamento de mais de 4 cm (quatro centímetros).

[...]

Redução da força e/ou da capacidade funcional dos membros

Situações:

- a) redução da força e/ou da capacidade funcional da mão, do punho, do antebraço ou de todo o membro superior em grau sofrível ou inferior da classificação de desempenho muscular;
- b) redução da força e/ou da capacidade funcional do primeiro quirodáctilo em grau sofrível ou inferior;
- c) redução da força e/ou da capacidade funcional do pé, da perna ou de todo o membro inferior em grau sofrível ou inferior.

[...]

Outros aparelhos e sistemas

Situações:

- a) segmentectomia pulmonar que acarrete redução em grau médio ou superior da capacidade funcional respiratória; devidamente correlacionada à sua atividade laborativa.
- b) perda do segmento do aparelho digestivo cuja localização ou extensão traz repercussões sobre a nutrição e o estado geral.

FONTE: o autor, a partir de Brasil (1999).

Ao perito médico também compete enquadrar o segurado a quem foi concedido LI por doenças ou quadros clínicos que exijam, por alguma razão, o auxílio de algum acompanhante. Esse enquadramento recebe o nome de

majoração de 25% porque ao valor da aposentadoria por invalidez é acrescido um quarto dessa quantia. O segurado aposentado por invalidez pode solicitar a majoração em qualquer momento após a aposentadoria quando não foi agraciado já no momento em que se decidiu pelo seu afastamento permanente da vida laboral. Naturalmente, nessas situações o segurado deverá ser avaliado novamente pela perícia médica para qualificá-lo ao benefício. De qualquer modo, há um rol de situações previstas em lei que preveem a possibilidade de majoração (ver Quadro 7.3).

QUADRO 7.3 – RELAÇÃO DAS SITUAÇÕES QUE DÃO DIREITO À MAJORAÇÃO DE 25% DO VALOR DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ, SEGUNDO O ANEXO I DO DECRETO N. 3.048, DE 6 DE MAIO DE 1999

Cegueira total;
Perda de nove dedos das mãos ou superior a esta;
Paralisia dos dois membros superiores ou inferiores;
Perda dos membros inferiores, acima dos pés, quando a prótese for impossível;
Perda de uma das mãos e de dois pés, ainda que a prótese seja possível;
Perda de um membro superior e outro inferior, quando a prótese for impossível;
Alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social;
Doença que exija permanência contínua no leito;
Incapacidade permanente para as atividades da vida diária.

FONTE: Brasil (1999).

A perícia médica previdenciária, como atividade burocrática que se insere nos processos administrativos que visam à concessão de benefícios previdenciários, também apresenta um sistema hierárquico que “permite ao usuário recorrer de uma decisão de nível inferior ao nível superior” (WEBER, 1982). Desse modo, um segurado insatisfeito com algum aspecto do resultado do seu requerimento de benefício, seja a caracterização do nexos da doença com o trabalho, seja o prazo concedido para a percepção do benefício, tem à sua disposição a possibilidade de questionar essa decisão. O questionamento pode se dar em qualquer momento do processo de análise do requerimento e constitui, ele mesmo, parte integrante desse processo.

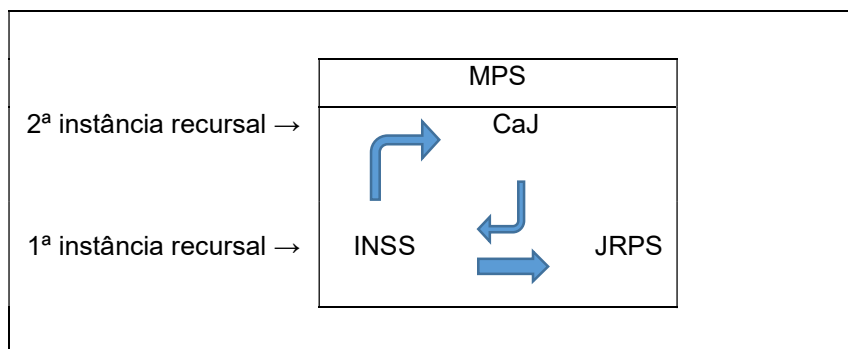
O recurso é analisado por uma junta leiga, isto é, formada por pessoas que não têm formação em Medicina. As juntas de recurso da previdência social

(JRPS) são subordinadas ao Ministério da Previdência Social (MPS), isto é, são externas ao INSS. Os processos que envolvem de alguma forma assuntos de natureza médica podem ser analisados por peritos médicos em uma de duas situações possíveis que diferem pouco em seus resultados mas que apresentam algumas características formais distintas. A primeira é a análise de instrução recursal ser feita pelos peritos médicos do INSS; se o perito que estiver incumbido de instruir o recurso entender que há mérito no recurso, ele pode encerrar a tramitação reformando os entendimentos de seus colegas. Neste caso, o processo recursal não segue para a análise da junta leiga. Se, no entanto, esse perito entender que não há razão para modificar os pareceres anteriores, isto é, se ele entender que não há mérito no recurso interposto pelo segurado, as suas considerações que justificam seu posicionamento serão usadas para embasar a análise dos conselheiros leigos das juntas de recursos.

A segunda hipótese é a do recurso que já foi recepcionado pelos conselheiros leigos, quem, por não serem médicos, têm poucos conhecimentos para opinar sobre questões de matéria médica. Em razão desse fato, o INSS cede ao MPS peritos médicos para atuarem como assistentes técnicos médicos das juntas, a quem cabe analisar o recurso e sugerir aos conselheiros leigos uma decisão – os assistentes técnicos médicos não têm o poder de decidir sobre o mérito do recurso pois sua participação limita-se a fazer sugestões aos membros das juntas. Entretanto, as JRPSs tendem a acolher as posições dos peritos médicos, chegando ao ponto de baixar diligências voltadas precisamente para que a perícia médica do INSS manifeste-se.

As decisões prolatadas pelas juntas de recursos leigas podem ser contestadas pelo INSS por intermédio dos serviços de reconhecimento de direitos (SRD), secundados por peritos médicos quando o que estiver em disputa for matéria médica. O “recurso do recurso”, feito pelo INSS contra a decisão das juntas de recursos é dirigida a uma instância recursal superior – as câmaras de julgamento (CaJ) –, igualmente leiga e desvinculada do INSS, porém subordinada ao MPS (Figura 7.2). As decisões das câmaras de julgamento são inquestionáveis em termos de mérito, devendo, por isso, ser cumpridas pelo INSS, quer sejam favoráveis ao próprio INSS, quer sejam favoráveis ao segurado.

FIGURA 7.2 – ESQUEMA SIMPLIFICADO DOS TRÂMITES RECURSAIS DENTRO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL



FONTE: o autor.

Além dessas vias recursais administrativas, os segurados descontentes com decisões periciais desfavoráveis podem apelar para o poder judiciário. Na verdade, o ajuizamento de ações contra o INSS é uma forma extremamente comum de recurso contra suas decisões. Embora não tenhamos dados numéricos comparando os recursos administrativos com os recursos judiciais, sabe-se que o INSS é a entidade que responde pelo maior número de ações nas esferas judiciárias federal, estaduais e do trabalho (CNJ, 2011).

Em busca de uma solução para o grande número de ações em desfavor do INSS, o poder judiciário federal criou, em 2009, o SICOPP – Sistema de Conciliação Pré-Processual –, que é “um ambiente de conciliação que propicia tratamento diferenciado com procedimento uniforme e mais célere em demandas judiciais recorrentes” (AGU, 2013), notadamente aquelas envolvendo disputas de natureza médica.

O SICOPP, diferentemente das perícias médicas realizadas dentro do INSS, não possui um quadro próprio, estável, de peritos médicos. Os juízes responsáveis pelos processos decidem e nomeiam médicos de sua confiança para atuarem como assistentes técnicos do juízo em cada caso individual, embora haja a tendência de os mesmos médicos exercerem reiteradamente essa função. Ao INSS é dada a possibilidade de se fazer representar durante as perícias médicas do SICOPP, o que ocorre (quando ocorre) por meio da participação dos peritos médicos previdenciários do INSS. Até o final de 2012, havia peritos médicos designados especialmente para esse tipo de tarefa,

lotados em APSs criadas também especialmente para os questionamentos judiciais envolvendo o INSS (AADJs – Agências de Atendimento a Demandas Judiciais); com a retirada dos peritos médicos das AADJs¹³⁹ a função de assessoramento nas ações judiciais foi transmitida *ad hoc* para os peritos das demais APSs.

Destarte, ainda que os peritos médicos do INSS não presenciem (como peritos da parte) as perícias judiciais, com alguma frequência eles são consultados a respeito das opiniões formuladas pelos peritos do juízo. Isso se dá quando os membros da PFE-INSS (Procuradoria Federal Especializada no INSS) consideram haver algum ponto controverso relativo a matéria médica, sobretudo quando a opinião do perito judicial difere demasiadamente das conclusões dos peritos do INSS manifestadas no processo habitual de concessão de benefícios previdenciários¹⁴⁰.

¹³⁹ Postura tomada com o memorando circular conjunto Dirsat/DGP nº 4, de novembro de 2012, que determina “urgentes providências de remoção para as unidades de efetivo atendimento de agenda” (INSS, 2012).

¹⁴⁰ Com “processo habitual de concessão de benefícios previdenciários” queremos designar a sucessão de eventos que se dão dentro das dependências do INSS, seguindo seus trâmites burocráticos.

PARTE II – PESQUISA DE CAMPO E RESULTADOS EMPÍRICOS

Esta segunda parte discute alguns aspectos das disputas entre alguns agentes do campo previdenciário pelos capitais descritos. Especificamente, abordaremos os conflitos da perícia médica previdenciária com os outros agentes. Como as disputas com os segurados é evidente, noticiada na imprensa e relativamente incapaz de interferir no *habitus* pericial, demos preferência para os conflitos relacionados aos outros agentes caracterizados anteriormente: os demais servidores do INSS, além de outros grupos de menor importância para nós.

8. CAMPO PREVIDENCIÁRIO: ARENA DE CONFLITOS ENTRE VÁRIOS AGENTES E A PERÍCIA MÉDICA

Como discutido nos capítulos precedentes, a existência da perícia médica previdenciária responde a uma necessidade do sistema de seguridade social, qual seja, a de fazer a triagem dos segurados incapacitados para o trabalho temporária ou permanentemente. Durante as várias décadas em que a seguridade social brasileira evoluiu, houve o paulatino estabelecimento dos vários segmentos que são habitualmente tomados como os seus três integrantes: a previdência social, a assistência à saúde e a assistência social. Cada uma dessas áreas desenvolveu e especializou suas próprias instituições, criando mundos à parte, regidos por suas próprias regras e por suas próprias lógicas, ainda que se comunicando. O campo previdenciário é o resultado da organização da previdência social; dentro desse campo, dentre os vários agentes coletivos, três deles destacam-se na disputa por lugares estratégicos: os servidores administrativos, os segurados e os peritos médicos previdenciários. Estes, embora sempre tenham desempenhado funções importantes (como porteiros do sistema), tomaram assento na condução dos rumos da previdência tardiamente. A sua busca por relevância dentro do campo previdenciário se dá quando o próprio campo já está estruturado e é influenciada fortemente pela lógica do próprio campo e pela ação de outros agentes que, procurando deter capital simbólico e tornarem-se influentes, forçaram a perícia a reconhecer-se como um agente também relevante e a tomar posições dentro do campo que antes eram ocupadas pelo servidores do “INSS” inespecificamente.

Por outro lado, a perícia médica previdenciária tem um *habitus* diferente dos demais agentes do campo previdenciário assim como se distingue notavelmente dos seus pares médicos assistentes; a perícia médica une e transforma de um modo singular várias características tanto de médicos quanto de servidores públicos civis. Sua *hexis* e sua *doxa* ainda são influenciadas pelo contato com outros agentes do campo previdenciário, dentre os quais os mais importantes provavelmente são os segurados e os servidores administrativos. Enquanto as relações entre peritos médicos previdenciários e

segurados/requerentes do INSS exibem manifestações por vezes facilmente apreensíveis (especialmente quando há desacordo sobre as conclusões periciais), a interação dos peritos com a autarquia como um todo e com os servidores administrativos isoladamente tem contornos com mais nuances e são menos nítidas.

Enquanto a direção das agências burocráticas busca legitimação social ao lançar mão de argumentos retóricos como justiça e equidade, os servidores de ponta confrontam-se com o fato de tratarem os usuários todos da mesma forma ou a partir de características impessoais de classificação. Assim, surge uma tensão entre o discurso oficial da instituição, de uma natureza que poderíamos chamar de propagandística, e a prática que atende as demandas dentro das possibilidades oferecidas pela estrutura organizacional real (MEYER & ROWAN, 1977; LIPSKY, 1980).

Por outro lado, além da manipulação do discurso oficial “para alterar as categorias de percepção e entendimento do mundo social e as estruturas cognitivas e avaliatórias”, de que fala Bourdieu (2009), os próprios objetivos da instituição podem ser conflitantes entre si. Lipsky (1980) sugeriu três fontes de conflitos envolvendo os objetivos de uma autarquia. A primeira fonte surge quando os objetivos centrados no cliente contrapõe-se aos da engenharia social (isto é, das políticas públicas). Os fins definidos para o cuidado de grupos determinados, as “minorias” ou as “populações em risco”, podem colidir (e muitas vezes colidem) com os fins voltados para o “resto da população” não protegido pelas regras procedimentais específicas.

Uma segunda possibilidade de conflitos emerge quando os objetivos centrados no cliente chocam-se com os objetivos centrados na organização. Isso é muito claro quando se pensa no *slogan* do INSS que promete a aposentadoria em apenas 30 minutos (objetivo centrado no cliente) mas que omite, certamente não por acaso, que esse objetivo somente é factível se toda a documentação do requerente estiver em ordem, se houver tempo de contribuição suficiente, se a sua idade obedecer à legislação etc., isto é, se for possível proceder a um processo seguro para a instituição (que seja

“transparente”)¹⁴¹.

A terceira possibilidade de conflitos desvela-se entre os objetivos dos servidores e os papéis sociais que os usuários esperam que eles desempenhem. Como visto nas discussões sobre o papel do doente e sobre as características da perícia previdenciária, a perícia médica, por sua própria função dentro do campo previdenciário, parte as expectativas do usuário em relação ao que seria o seu papel do doente, determinado aprioristicamente pelo requerente a partir de suas experiências com seus médicos assistentes. O *habitus* pericial e sua *doxa*, no entanto, constituem-se, como sugerido por M. Lipsky e discutido nos nossos achados empíricos, a partir da relação dos peritos entre si, da sua formação médica, do relacionamento com seus colegas médicos assistentes e com os demais agentes coletivos bem caracterizados do campo previdenciário: “Clients are not a primary reference group of street-level bureaucrats. They do not count among the groups that primarily define street-level bureaucrats’ role”¹⁴² (LIPSKY, 1980, p. 47). Embora essa conclusão de M. Lipsky possa parecer um tanto quanto forte para a sensibilidade contemporânea, provavelmente ela é uma boa aproximação da influência exercida pelos segurados sobre os peritos, mesmo que a função precípua da perícia médica seja exatamente avaliar os requerentes do INSS.

Alterações explícitas entre peritos médicos e servidores administrativos são infrequentes; os dois grupos trabalham juntos diariamente e suas atividades muitas vezes são complementares, como demonstrado acima no roteiro para obtenção do benefício por incapacidade. Isso é diferente de dizer que inexistem colisões “menores” entre os servidores administrativos – notadamente os gerentes das APSs – e o *ethos* pericial; de fato, os eventos “menores” são muito mais comuns, porém pouco noticiados “oficialmente”, constituindo uma realidade “profunda” e ignorada, até anedótica. As pequenas manifestações de conflito dirigidas contra os peritos, aquelas não propaladas,

¹⁴¹ Um segundo exemplo ainda mais palpável é previsão de atendimentos agendáveis, marcados para ocorrerem em horários determinados de início e de fim, independentemente da complexidade do caso concreto a ser atendido e concomitantemente ao atendimentos não agendados, logo imprevisíveis, que se somam à carga de trabalho previamente determinada e que, como esta, deve ser toda analisada no mesmo dia do comparecimento do cliente à APS.

¹⁴² “Os clientes não são um grupo de referência primária dos burocratas de nível de rua. Eles [os clientes] não estão entre os grupos que definem o papel dos burocratas de nível de rua.”

precisam ser identificadas muitas vezes por modos indiretos, como a pesquisa em fontes secundárias. Dispomos concretamente de poucas fontes: os relatos de peritos enviados para um blogue mantido por peritos médicos previdenciários (o blogue perito.med), o relatório da auditoria do INSS “Saúde INSS 2011 – Uma Análise da Situação de Saúde dos Servidores do INSS” (INSS, 2011) e mensagens enviadas para nós durante o curso da pesquisa (o que inclui as respostas aos questionários aplicados e mensagens para o correio eletrônico criado para a pesquisa)¹⁴³.

O relatório da auditoria do INSS sobre a saúde dos funcionários mostrou, em termos gerais, que há dados mostrando que o absenteísmo por transtornos mentais é bastante prevalente e é a primeira causa de afastamento do trabalho (seguida por doenças osteomusculares); as recentes modificações administrativas de gestão de pessoal (nominalmente o SISREF mas também o trabalho orientado por metas, este aplicado para os técnicos do seguro social) são sentidas como fatores contribuintes para o absenteísmo e o adoecimento dos servidores; a ênfase dada pelos diversos níveis gerenciais ao cuidado e atendimento ao segurado, em detrimento da atenção ao servidor, é grande fonte de descontentamento; o SIASS não está estruturado adequadamente para atuar preventivamente no adoecimento dos servidores e não há integração entre as diversas unidades do SIASS e as gerências executivas dos locais onde atuam (há a sugestão expressa da necessidade do apoio psicológico e psiquiátrico aos diversos SIASS para o atendimento dos servidores); os gestores locais são despreparados e desqualificados para exercer suas atividades: indicações meramente políticas sem avaliação de suas capacidades, assédio moral, cobrança demasiada por resultados, desrespeito às capacidades individuais dos servidores, ameaças e retaliações; a autarquia não valoriza as diversas qualificações e formações dos servidores, empregando-os de modo limitado; e, por fim, os ambientes de trabalho são inapropriados para o trabalho (problemas ergonômicos, estruturas prediais, material de consumo – inclusive copos e água).

Aquele relatório fez diversas sugestões de melhoria, dentre as quais

¹⁴³ Apesar do caráter anedótico, sempre se pode contar também com o relato de efemérides nos fóruns virtuais de discussão dos peritos médicos previdenciários e nas conversas face-a-face em reuniões da categoria.

chamam atenção:

- a) assegurar ao servidor o direito de realizar atividades de promoção à saúde durante o horário de trabalho, previsto pela próprio regramento do governo federal;
- b) normatizar intervalos para descanso e/ou alimentação matutino e vespertino, tendo em vista que as recomendações nutricionais exigem tais intervalos, hoje concedidos graciosamente pelas chefias, sobretudo nas APS;
- c) organizar o trabalho conjunto entre o SST e a equipe de qualidade de vida; e
- d) criar políticas de pessoal que profissionalizem as chefias e que permitam o entendimento entre os servidores (INSS, 2011).

As informações publicadas pelo relatório da Auditoria Interna, de 2011 foram confirmadas posteriormente em estudos acadêmicos (MATTOS, BONFIM & SCHLINDWEIN, 2012). Esses autores descreveram uma prevalência bastante elevada de transtornos mentais entre os servidores do INSS no estado de Rondônia que seria motivada pelo “constante aumento de pressão do trabalho, diminuição de recursos humanos e adoção de um sistema de frequência demasiadamente exigente e injusto [que] tem causado “pavor”, principalmente no servidor que atende ao público.”

Em meados de 2012 foi implantado o “regime especial de atendimento em turnos” (REAT), que estendeu o horário de atendimento das APSs para 12 horas diárias em dois turnos de 6 horas. Na prática, essa mudança serviu para permitir aos servidores de 40 horas semanas trabalharem apenas 30 horas sem que houvesse a redução salarial proporcional. Dois dos principais mecanismos de obtenção e manutenção ao direito do atendimento em turnos são a lotação de, no mínimo, dez servidores na APS e a o cumprimento das metas de atendimento baseadas em filas (INSS, 2012f). O REAT tornou-se mais um motivo de pressão no trabalho mencionado acima. Se por um lado ele atende uma reivindicação dos servidores, tanto peritos médicos quanto administrativos, isto é, a redução da jornada de trabalho em 25% sem perda salarial, por outro ele obriga todos os servidores a comprometerem-se ainda

mais com o cumprimento das metas, várias delas relacionadas a fatores cuja capacidade de ingerência pelos servidores é mínima, como a fila de agendamento.

Essas situações são uma das faces do que Pierre Bourdieu chama de luta simbólica, isto é, as disputas em torno da “percepção legítima do mundo”, que se dão em termos objetivos e subjetivos, coletivos e individuais. As lutas simbólicas objetivas são as ações de representação coletivas, “destinadas a mostrar e a fazer valer determinadas realidades”, como em manifestos; ou individuais, quando se constituem em estratégias de autopromoção com a intenção de manipular a imagem do agente e de modificar-lhe a posição no espaço social. Por outro lado, as manifestações subjetivas das lutas simbólicas representam “esforços para alterar as categorias de percepção e entendimento do mundo social e as estruturas cognitivas e avaliatórias” (BOURDIEU, 2009).

O “mapa estratégico do MPS” (MPS, s/d) menciona os resultados perseguidos pela instituição como sendo a ampliação da cobertura previdenciária, o fortalecimento da credibilidade da previdência social junto à sociedade e a garantia da sustentabilidade dos regimes previdenciários. Esses objetivos seriam atingidos por meio de, entre outros aspectos, a “gestão estratégica de pessoas”, que é definida por “desenvolver cultura voltada aos valores, aos resultados e à responsabilidade”, “desenvolver competências compatíveis com os objetivos institucionais” e “promover a valorização e a qualidade de vida das pessoas”, além de “ética, respeito, segurança e transparência” (ver Anexo F).

Em termos práticos, essa política de pessoal manifesta-se pela oferta de cursos virtuais pela escola da previdência, pela oferta de bolsas de estudo para servidores e pela busca da homogeneidade das condutas, tanto periciais (recordemos as Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial de várias especialidades médicas) quanto dos servidores administrativos (que foram agraciados com diversos manuais para cada um dos serviços e diretorias do INSS). Exceto os manuais e diretrizes, as outras duas iniciativas apresentam resultados e escopos bastante limitados. Os cursos oferecidos pela escola da previdência são repetidos todos os meses e seus conteúdos permanecem basicamente inalterados ao longo do tempo. O programa de bolsas de estudo é

voltado para os servidores que pretendem fazer uma graduação ou uma pós-graduação, sendo voltado para os servidores mais antigos, os mais velhos, os que fizeram mais cursos na escola da previdência e exclui servidores que desejam fazer pós-graduação senso estrito¹⁴⁴ (mestrado e doutorado). Os servidores peritos médicos, por já terem uma graduação (Medicina) ao ingressarem na autarquia e por frequentemente já serem especialistas, pouco aproveitam as bolsas concedidas pelo instituto.

Os exemplos de violência simbólica contra os peritos médicos que contradizem os valores mencionados no mapa estratégico do MPS são muito mais numerosos e variados em suas manifestações do que as iniciativas voltadas para a valorização do servidor público. A seguir discutiremos alguns desses exemplos.

A publicação mensal “INSS em números” (INSS, 2014c), que apresenta as estatísticas de todas as atividades do INSS, além de descrever o número de benefícios concedidos, de perícias realizadas etc., também discrimina qual a média de segurados atendidos diariamente pelos peritos¹⁴⁵. Dessa forma, o INSS mostra que, por exemplo, na superintendência Sul, ao redor de 17% fazem até 5 perícias diariamente, doze por cento atendem entre 5 e 10 segurados e os demais atendem acima de 11 segurados por dia (ver a figura z abaixo). Evidentemente esse tipo de informação é interessante e deve ter alguma utilidade gerencial, porém essa demonstração de preciosismo só existe em relação aos servidores peritos médicos – nenhuma outra categoria dentro da autarquia tem a discriminação do número de atendimentos diários por servidor.

Possivelmente essa diferença no tipo de estatística apresentada não se dê por acaso: ela visa a mostrar a profunda assimetria entre alguns servidores, que se permitem atender apenas cinco pessoas em um dia de expediente

¹⁴⁴ A esse respeito, vale a pena ver, no anexo VII, a decisão do INSS face ao nosso pedido para dispensa das atividades “com ônus limitado”, ou seja, a liberação do trabalho com a manutenção do pagamento do salário, por um determinado período, permitindo-nos cursar doutorado no país, conforme previsto na legislação do funcionalismo público civil federal.

¹⁴⁵ Mencionamos as cifras de outubro de 2014, que eram os dados mais recentes disponibilizados pelo INSS à época em que tratamos deste assunto nesta tese. Devemos lembrar, no entanto, que a discriminação de quantas perícias cada perito atende, em média, por dia, é publicada há vários anos.

enquanto os demais chegam a atender até mais de vinte, ficando sobrecarregados. Pode-se ainda aventar a hipótese de que os servidores administrativos, por atenderem em média muitos mais segurados que os peritos médicos, dispensam esse tipo de detalhamento. Deve-se atentar para o fato de que os números apresentados todos os meses não mencionam nem discriminam as atividades periciais “extra-perícia”, isto é, tudo aquilo que é de responsabilidade do perito médico além da perícia médica presencial. Uma explicação alternativa para tal distinção entre o tipo de informação dedicada para as diferentes categorias de servidores é a incapacidade de o INSS em produzir tal informação para os servidores administrativos. Essa explicação, entretanto, parece pouco razoável, dada a profusão de sistemas de controle, todos eles “em tempo real”, de que o INSS dispõe para monitorar o funcionamento de cada uma das unidades de atendimento em todo o país¹⁴⁶.

TABELA 8.1 – PORCENTAGEM QUE CADA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL REPRESENTA NO QUANTITATIVO DIÁRIO MÉDIO DE ATENDIMENTO DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS, POR FAIXA (OUTUBRO DE 2014)

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL	FAIXA DE ATENDIMENTO DIÁRIO (EM %)				
	≤ 5 PERÍCIAS	> 5 E ≤ 10 PERÍCIAS	> 10 E ≤ 15 PERÍCIAS	>15 E ≤ 20 PERÍCIAS	> 20 PERÍCIAS
Sudeste I	23	22	26	13	15
Sudeste II	23	23	24	33	11
Sul	17	12	21	28	15
Nordeste	23	22	20	19	59
Norte / Centro-Oeste	15	21	9	7	0

FONTE: o autor, a partir de INSS (2014c).

¹⁴⁶ Causa espanto que o INSS, mesmo com o empenho em criar novos e variados sistemas de controle e de trabalho, para todas as atividades executadas por seus milhares de servidores, e mesmo contando com o apoio de uma empresa voltada especificamente para o desenvolvimento de “soluções em tecnologia da informação” (a DATAPREV), mereça o seguinte comentário feita por auditoria da Controladoria Geral da União (CGU): “Verifica-se que os elementos que se constituíram em fatores determinantes para as fragilidades identificadas foram a ausência e/ou inadequação de instrumentos de controle; a inadequação, sob os aspectos de segurança, disponibilidade, confiabilidade e integridade, dos sistemas utilizados nas atividades operacionais do INSS; a falta de integração entre os referidos sistemas e outros sistemas corporativos da Administração Pública Federal, insuficiência de recursos humanos alocados em TI, decorrentes da baixa governança de TI e a inadequação no planejamento de obras” (CGU, 2013a). Boa parte dessas falhas permanecem sem solução (CGU, 2014).

A inversão da sequência de habilitação dos requerentes para a submissão à perícia médica (identificação do segurado, conferência dos vínculos trabalhistas e contribuições para o regime geral da previdência social, da documentação fornecida pelo empregador e, somente então, encaminhamento para a realização de perícia médica), instituída no final de 2009, por meio de um simples memorando-circular (INSS, 2009b), dispensava um formalismo processual que visa exatamente à preservação do patrimônio público e à veracidade das informações registradas nos bancos de dados do INSS. A perícia médica era realizada mesmo que a identificação do requerente estivesse deficiente e com informações equivocadas ou incompletas. Esse memorando-circular conjunto, na verdade, não previa essa rotina embora não a proibisse. Como se diz, “o diabo está nos detalhes”; essa norma previa, “face a necessidade de padronizar os procedimentos relativos à formalização processual dos requerimentos de benefício por incapacidade”,

para os requerentes cujos dados cadastrais necessitem de acerto, corrigir pendências existentes e, após o acerto, anexar cópia do documento de identificação com foto, para compor o processo; para os requerentes com divergências de vínculos, remunerações e contribuições, corrigir as inconsistências quando possível, ou registrar no sistema a exigência feita.

Essa situação anômala, instituída sob a justificativa de tornar o atendimento dos requerentes a benefícios dependentes da perícia médica menos morosos e diminuir o tempo de permanência dos cidadãos nas APSs, além de afrontar o bom senso, contradiz várias normas internas do INSS, dentre as quais destacamos o Manual de Fluxos de Atendimentos (INSS, 2011) e a resolução Presidente INSS n. 438 (INSS, 2014e). Aquele Manual prevê explicitamente o encaminhamento do segurado para a avaliação pericial somente após vencidas todas as etapas administrativas (ver Figura 8.1), enquanto esta resolução exige que os serviços prestados pela APS somente poderão ser prestados após a devida identificação do requerente, primando “pela segurança no acesso, gravação e transmissão de dados e informações” e “promover a integração dos dados e possibilitar o compartilhamento de informações com órgãos e entidades do Poder Executivo”. Tal conduta foi

parcialmente revertida com a publicação, em março de 2014, de um memorando-circular que estabeleceu que:

[...] Antes da realização do exame médico pericial, existindo ou não pendência relativa a dados cadastrais, vínculos ou remunerações que necessite de tratamento prévio, deverá ser recepcionado o requerimento de benefício,[...], os quais constituirão o processo físico relativa ao benefício, devendo ser aposto no requerimento o número do benefício gerado pelo SABI (INSS, 2014d; sem grifos no original).

Durante o movimento paredista de setembro de 2015 a fevereiro de 2016, a apresentação do processo físico tornou-se uma das exigências dos peritos mais contundentes. Em resposta, o INSS modificou sua principal norma para que “a formalização do processo administrativo não é condição prévia necessária para a realização da perícia médica nos casos de auxílio-doença” (INSS, 2016).

Se por um lado é direito do cidadão e obrigação do Estado oferecer serviços de boa qualidade, incluindo a análise de requerimentos previdenciários com celeridade – o que é o mesmo que dizer que a perícia médica deve ser realizada no menor prazo possível –, por outro também é obrigação do Estado zelar pelo patrimônio coletivo constituído compulsoriamente pela massa de trabalhadores empregados e demais contribuintes do INSS, os quais dispõem de uma porcentagem não insignificante de seus proventos atuais para financiar a aposentadoria das gerações anteriores de trabalhadores. Quando o INSS, por uma série de normas sucessivas, direcionou os peritos médicos exclusivamente para o atendimento de perícias agendadas, deu preferência apenas a uma (“emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários”) das várias competências próprias dos peritos, de cujo conhecimento específico dependem vários processos e atividades do próprio INSS¹⁴⁷. No curto período compreendido entre novembro de 2012 a fevereiro de 2013, a autarquia e o

¹⁴⁷ Como mencionado no capítulo sobre a inserção da perícia médica no campo previdenciário, as suas demais competências são a inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários; a caracterização da invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais; a caracterização da invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais; a execução das *demais atividades definidas em regulamento*; e a supervisão da perícia médica [...] (BRASIL, 2004; destaque nosso).

MPS limitaram a apenas cinco peritos por SST para a realização de todas as atividades que não fossem o atendimento do cidadão em perícias médicas presenciais, nas APSs. Evidentemente, as “demais atividades definidas em regulamento” ficaram comprometidas ou paralisadas, todas elas relacionadas com a análise de direitos dos cidadãos ou com a defesa do Estado. Como analisado convincentemente por Lipsky (1980), o aumento do número de servidores de ponta atuando no atendimento de nível de rua tem um impacto muito pequeno (“marginal”) na diminuição da demanda, podendo até mesmo provocar, paradoxalmente, o aumento da demanda¹⁴⁸.

Entre 2012 e 2014 houve uma relocação dos médicos por força de de três normas básicas que determinavam: primeiro, a limitação do número de peritos médicos lotados nos SSTs até o quantitativo máximo de cinco médicos, “observadas as peculiaridades de cada Gerência-Executiva, respeitando o porte e as justificativas que se fizerem necessárias” (INSS, 2012d); essa norma foi reiterada pelo menos duas vezes entre 2013 e 2014.

Em segundo, o afastamento dos médicos da função de assessoramento técnico nos casos de ações judiciais contra o INSS deu-se sem maiores explicações, afirmando laconicamente que “considerando a identificação de lotação de Peritos Médicos Previdenciários em Agências de Atendimento a Demanda Judicial, solicitamos urgentes providências de remoção para as unidades de efetivo atendimento de agenda” (INSS, 2012).

Em terceiro lugar, a possibilidade de interpor recurso administrativo contra uma decisão qualquer prolatada pelo Estado é uma das características basilares da organização racional-burocrática; sendo a perícia médica uma etapa fundamental e determinante de decisões envolvendo direitos dos cidadãos, é razoável esperar que haja recursos questionando a conclusão do perito (o que foi discutido com detalhes no capítulo do roteiro de concessão do benefício por incapacidade). Como os conselheiros das juntas de recursos da previdência costumam ser leigos em matéria médica (apesar de decidirem

¹⁴⁸ Pois, com a expectativa de mais funcionários atendendo a demanda, supostamente haveria menos atendimentos por funcionário; em seguida, há aumento da procura pelos serviços justamente por causa dessa expectativa, que, assim, é frustrada. É o caso visto quando são criadas novas faixas para o trânsito de automóveis em grandes avenidas de metrópoles: em vez de diminuir o movimento na via, por haver maior capacidade (mais pistas), a procura por essa via aumenta, mantendo (ou aumentando) a intensidade do trânsito.

sobre ela), espera-se que haja peritos médicos assistindo as juntas de recursos. Quando o MPS retirou todos os peritos emprestados às juntas de recursos (MPS, 2012a) “até que se normalize a rotina das perícias médicas agendadas” (condição dificilmente preenchida, visto o aumento paradoxal da demanda), criou-se um problema para o próprio MPS, pois comprometeu o atendimento a um direito fundamental dos requerentes e cuja demanda é tamanha que justifica a existência de toda uma estrutura recursal altamente complexa e normatizada.

Ao mesmo tempo em que os médicos foram afastados de todas as atividades não ligadas diretamente ao atendimento pericial de ponta, em APS, o Manual de Gestão do SST (INSS, 2014f, p. 11-12) – que teve duas de suas cinco edições somente em 2014, portanto com as normas anteriores já vigentes – mantém os peritos lotados no SST (“os Médicos, Peritos Médicos da Previdência Social, Peritos Médicos Previdenciários e os Supervisores Médico Periciais serão lotados nos SST”) das Gerências Executivas ou na DIRSAT, embora confusamente, pois deixa clara a possibilidade de lotá-los nas unidades onde o conhecimento perito seja necessário (como nas AADJs ou nas JRPSs):

Os médicos deverão ser distribuídos pela chefia do SST, *segundo a necessidade de cada área de atuação (SST, APS, RH, Procuradoria e outros)*. Cabe ao chefe do SST *gerenciar a real demanda*, a fim de haver uma distribuição equitativa de trabalho. Recomenda-se que essa distribuição do serviço seja *diversificada*, de maneira que *todos os peritos tornem-se aptos a desenvolver todas as atividades inerentes à função médico pericial* (INSS, 2014f, p. 12; sem grifos no original).

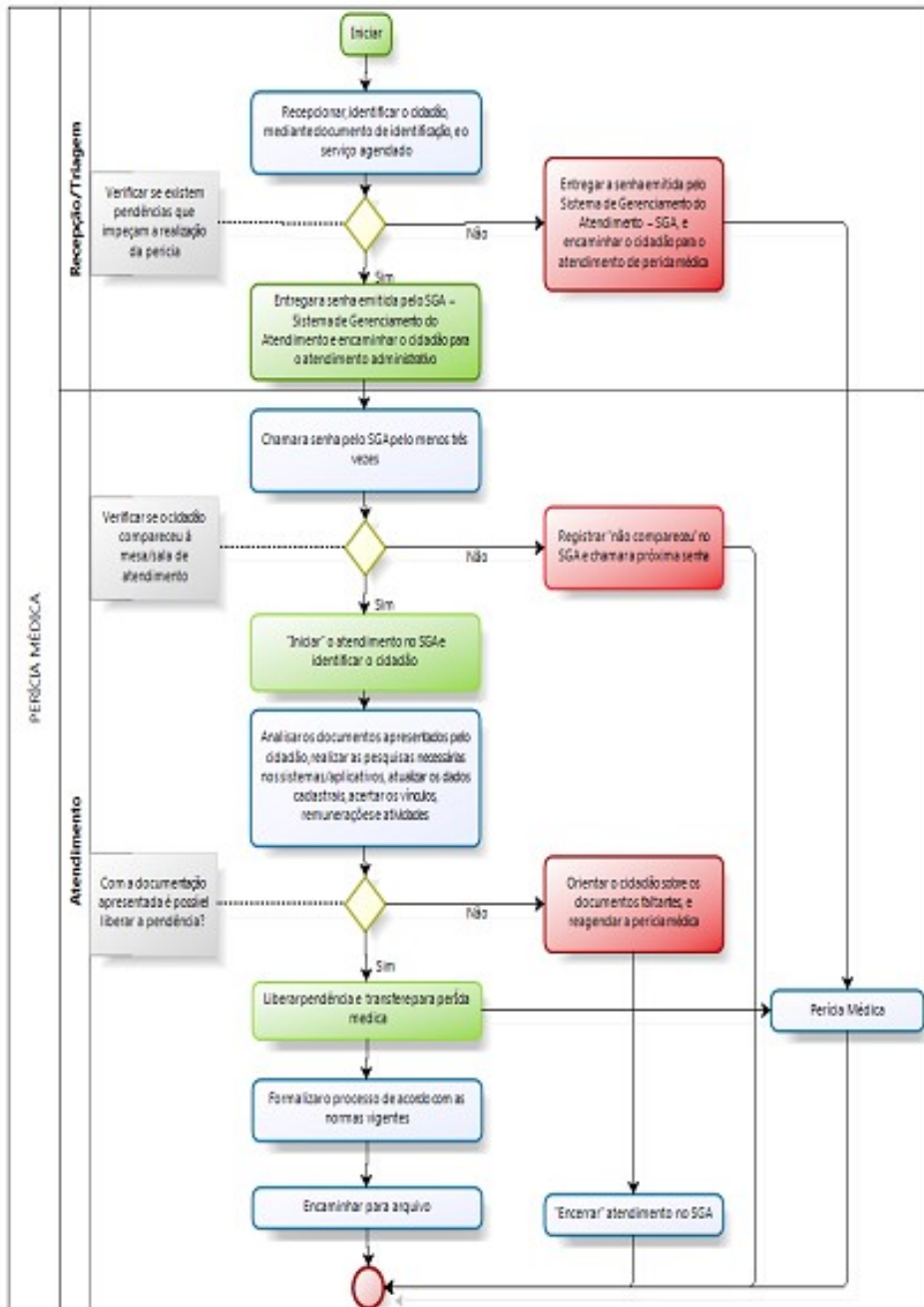
A partir de 2005, o INSS, juntamente com a DATAPREV e secundado pela Fundação Getúlio Vargas, deu início ao chamado “Novo Modelo de Gestão”, projeto cujos objetivos envolviam “previsão de capacitação dos servidores, a necessidade de estabelecer indicadores, de redesenhar os processos de trabalho, de ajustar a estrutura organizacional do instituto, entre outras metas” (DATAPREV, 2013). Essa iniciativa articula-se bem com o “mapa estratégico” do INSS, mencionado acima, e com seus objetivos (“gestão estratégica de pessoas”, “desenvolver cultura voltada aos valores, aos

resultados e à responsabilidade”, “desenvolver competências compatíveis com os objetivos institucionais” e “promover a valorização e a qualidade de vida das pessoas”), e foi exitosa, ao menos parcialmente. Nesse sentido, não se vê mais segurados fazendo filas, durante as madrugadas, para conseguir ser atendidos nas APSs no dia seguinte, pois desde 2005 é possível fazer o agendamento de serviços oferecidos pelo INSS por meio de canais remotos (especialmente por telefonia e pela internet). Entrementes, pouco se avançou no sentido de melhorar substantivamente o serviço da perícia médica além da extinção da terceirização vista entre 2003 a 2005; houve também algumas mudanças interessantes, como a diminuição do número de perícias a serem realizadas diariamente, que passaram de 24 para 15 entre 2008 a 2012. Essa diminuição não se deu, evidentemente, como manifestação da bondade da autarquia ou de sua preocupação com a qualidade do serviço, entendendo-se como qualidade o cuidado em identificar os requerentes que, além de apresentar uma doença incapacitante, também tivessem qualidade de segurado, justificando pormenorizadamente essa conclusão (o que, em última análise, preserva a instituição e protege o patrimônio público).

Em meados de 2009, publicou-se um outro memorando-circular (INSS, 2009c) determinando a “retirada da regra de impedimento de nova habilitação de requerimento inicial, dentro dos 30 (trinta) dias da data da cessação ou da data do processamento/indeferimento do último requerimento”, cujo resultado foi, em última análise, o aumento do tempo de espera para a realização da perícia médica e, como consequência desse fato, o aumento da duração dos benefícios (PERITO.MED, 2012). A regra que eliminava o prazo de 30 dias entre a realização de uma perícia e o requerimento de um novo benefício somente foi suspensa em fevereiro de 2013, mais de três anos depois (INSS, 2013) por meio de instrução normativa do presidente do INSS. Essa mesma instrução normativa, no entanto, determinou que as perícias de reconsideração (PR) pudessem “ser realizadas por qualquer perito médico, inclusive o responsável pela avaliação anterior”, fato que vai de encontro a um dos princípios da burocracia, que é o da possibilidade de recurso a uma instância superior, que se supõe ser distinta daquela de cujo resultado se recorre. Esse ponto da IN Pres 64/2013, que autoriza o PR ser feito pelo mesmo perito cuja

decisão é contestada, foi motivo de consulta ao CFM, que se posicionou favoravelmente “haja vista não subtrair a instância recursal” (CFM, 2013).

FIGURA 8.1 – FLUXO DE ATENDIMENTO DOS REQUERENTES A BENEFÍCIOS QUE ENVOLVEM ALGUMA ANÁLISE PERICIAL MÉDICA



FONTE: INSS (2011, p. 48).

FIGURA 8.2 – TELA INICIAL DA INTRAPREV SEM O SISTEMA DE REGISTRO DE VIOLÊNCIA, INDICANDO O LOCAL ONDE O SISTEMA LOCALIZAVA-SE (ELIPSE AVERMELHADA)



FONTE: Intraprev (www-inss.prevnet/, capturada em 18 de agosto de 2014).

Nos grupos de trabalho que pretendem modificar de alguma forma o processo de concessão de auxílio por incapacidade, o INSS usualmente mantém os peritos distantes, mesmo sendo quem operacionaliza esses processos. Os debates que houve ao longo de 2011 para discutir o “novo modelo de avaliação da incapacidade” deram-se sem a participação da ANMP, seja como membro da sociedade civil, seja como representante dos trabalhadores no grupo de trabalho constituído com essa atribuição. A ANMP foi relegada a um papel bastante periférico, limitada à mera consultoria do documento preparado pelo INSS. Neste estudo pouco importa se, afinal, o próprio INSS reconheceu que o seu “novo modelo de avaliação da incapacidade” é pouco exequível e apresenta diversas dificuldades para ser aplicado (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014). Mais importante é salientar que o grupo social mais intensamente envolvido nesse processo foi

sistematicamente aliado das discussões com vistas à sua reforma, diferentemente de consultores médicos alinhados ideologicamente com os grupos políticos hegemônicos (Fundacentro e CUT).

Simultaneamente a esses processos de “desmedicalização” da previdência há uma tendência crescente de “multiprofissionalização” da avaliação da incapacidade, tornando essa avaliação mais “difusa” e menos identificável. O Manual de Gestão do SST define a “equipe multiprofissional de saúde do trabalhador do INSS” como sendo:

constituída por pelo menos dois profissionais, sendo um deles o perito médico em conjunto com um profissional da área de saúde do trabalhador do INSS (assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro, entre outros). Também poderão compor a equipe multiprofissional os analistas e técnicos do seguro social, para as atividades de cunho administrativo (INSS, 2014f, p. 45).

Nosso objetivo não é criticar os fundamentos teóricos dessa “perícia multiprofissional”, pois são muito louváveis e interessantes. Essa proposta, porém, retira do perito médico a exclusividade da análise conclusiva a partir da qual o INSS paga o benefício previdenciário e transfere-a para uma “equipe multiprofissional” caracterizada vagamente, sem funções claras e que opina a respeito de uma questão que é, em última análise, eminentemente médica. Quando o perito médico pronuncia-se sobre a capacidade laboral, ele responde à questão muito simples, posta pela legislação previdenciária, sobre a existência de incapacidade para o trabalho específico desempenhado pelo requerente tendo em vista as repercussões anatômicas e fisiológicas produzidas pela doença alegada como incapacitante. A avaliação feita por aquele funcionário público com formação em Medicina, concursado e contratado apenas para fazer essa atividade alcança o processo saúde-doença como um todo, desde os determinantes sociais do adoecimento, a funcionalidade residual do trabalhador e as “interações positivas ou negativas com fatores contextuais, como as barreiras ambientais” (INSS, 2014f, p. 46).

A “perícia multiprofissional”, se por um lado torna a análise concreta do requerente mais abrangente e multifacetada, por outro lado essa avaliação se

torna mais morosa (dentro de um sistema marcado pela espera de semanas a meses somente para a análise médica) e difusa. Operam-se dois reducionismos epistemológicos: um, ostensivo, sobre a Medicina, que é tomada exclusivamente segundo o seu caráter técnico-científico, biologicista, e que nega a interação humana única (ainda que altamente controversa) estabelecida entre o médico e o requerente durante a perícia médica. Entende-se o servidor público médico apenas e tão somente como responsável pela identificação e correspondência entre um diagnóstico (representado pela CID) e o tempo de benefício que lhe é devido segundo uma tabela “baseada em evidências”¹⁴⁹ (INSS, 2012e).

A segunda redução que se dá atinge todas as demais profissões da área da saúde envolvidas na previdência. Destarte, a especificidade do trabalho da psicologia é tornada igual e comparável à do terapeuta ocupacional, que por sua vez, iguala-se à do sociólogo e assim por diante. A dignidade dessas várias profissões e olhares é minada em nome da intersetorialidade e da interdisciplinaridade; faz-se “tábula rasa” de seus campos de atuação e conhecimentos únicos, tornados equivalentes e, por definição, subordinados ao conhecimento médico.

O sistema de registro de episódios de violência contra funcionários (especificamente peritos), chamado de SIREV – sistema de registro de violência contra servidor –, implantado somente após ação judicial que condenou o INSS por danos morais por perito agredido¹⁵⁰. O acesso ao sistema era altamente burocratizado e dependente da ação dos hierarcas de alto escalão dentro das Gerências Executivas. Ao invés de o servidor violentado ter amplo acesso ao sistema para registrar os episódios de agressão, o fluxo definido para a alimentação do SIREV era o envio por correio eletrônico pelo gerente da APS de “todos os registros de violência sofrida pelos servidores à chefia do Serviço/Seção de Atendimento de sua Gerência Executiva para que seja efetuado o cadastramento no sistema” (INSS, 2012c);

¹⁴⁹ A proposta de conceder benefícios por incapacidade a partir da consulta a tabelas apriorísticas foi duramente criticada inclusive por instituições tradicionalmente ligadas às políticas de saúde do trabalho encampadas pelo INSS, como a Fundacentro. A esse respeito, conferir o posicionamento bastante crítico da Fundacentro (2012).

¹⁵⁰ Com toda a justiça, a parte ré (o INSS) foi apenado tanto na 1ª instância quanto no grau recursal, neste em acórdão unânime entre os desembargadores (JFRS, 2012).

a inclusão dos registros no SIREV ficaria a cargo dos chefes de Serviço/Seção de Atendimento das Gerências Executivas. Assim, um servidor agredido no cumprimento de suas obrigações era obrigado a depender da boa vontade do gerente da APS para comunicar uma terceira pessoa que, somente então, faria a “inclusão dos registros no SIREV”. Como os registros do sistema seriam usados ou possibilitariam a promoção de “um ambiente de trabalho seguro para os servidores” não estava claro na resolução que o instituiu nem em nenhuma outra norma posterior. Esse sistema, criado em abril de 2012, foi posteriormente retirado do ar – em agosto de 2014 já não estava mais disponível na rede interna do INSS (ver figura 8.2). A pesquisa na intranet pelo termo “sirev” não encontra nenhuma outra norma ou publicação da autarquia, de qualquer hierarquia, a respeito: nenhum memorando-circular, nenhum relatório, enfim, nada; o Sirev foi condenado ao esquecimento como letra morta (a despeito de que a norma autárquica que o criou permanece válida até o momento em que escrevemos este texto, no final de 2015).

Não obstante a experiência do INSS com a opção da terceirização das perícias médicas previdenciárias como forma de encurtar a espera para a avaliação médica ser longa e ter mostrado resultados ruins e paradoxais, como o próprio INSS admite, o retorno da terceirização costuma ser trazida à baila como a solução ideal (visto ser uma das poucas, senão a única, a ser aventada). Com a publicação da medida provisória n. 664, de 29 de dezembro de 2014, finalmente a terceirização da atividade pericial foi tornada legal, alterando-se a lei n. 10.876, de 2 junho de 2004, que criou a carreira da perícia médica previdenciária. Onde antes se tinha “Compete PRIVATIVAMENTE aos ocupantes do cargo de Perito Médico da Previdência Social [...] o exercício das atividades médico-periciais inerentes ao Regime Geral da Previdência Social” (destaque nosso), passou-se a ter simplesmente “Compete aos ocupantes do cargo de Perito Médico da Previdência Social [...]” (BRASIL, 2014). Desse modo, o governo federal retirou da perícia médica previdenciária a responsabilidade exclusiva sobre sua atividade, articulando-se com a modificação feita na lei 8.213 de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 1991b), que prevê a realização de avaliações médicas previdenciárias “por convênio ou acordo de cooperação técnica com empresas” ou “por termo de cooperação

técnica firmado com órgãos e entidades públicos [...] (BRASIL, 2014).

Até então, o INSS tentara delegar as funções da perícia médica previdenciária para médicos assistentes, terceirizados ou ligados ao SUS com sucesso variável (de modo geral sem êxito duradouro). A estratégia mais aplicada, por ser a de implantação mais rápida e (relativamente) mais simples, sempre foi a de contratação de médicos terceirizados, sem lançar mão de empresas ou de médicos ligados ao SUS. A esse respeito convém mencionar a nota jurídica do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), de 30 de abril de 2009, que se posiciona contrariamente a esse tipo de proposta do INSS:

[...] As atividades dos setores Saúde e Previdência Social são distintas. O SUS cuida da saúde do paciente, que pode ser um trabalhador previdenciário; contudo não está obrigado a emitir laudos periciais à Previdência Social, por essa atribuição não estar no seu âmbito de atuação. E sendo essa atividade uma atribuição da Previdência Social [...] podemos afirmar que as perícias médicas dos trabalhadores previdenciários são uma atividade a cargo da Previdência Social. A Saúde não tem a atribuição de emitir laudos periciais para a Previdência Social nem tem cargos e especialistas (peritos) para o exercício dessas funções (emitir laudos sobre determinada doença) [...] (CONASEMS, 2009).

O próprio Ministério da Saúde teve o mesmo entendimento, afastando das obrigações dos médicos do SUS as avaliações de natureza previdenciária, embora com menos clareza que o CONASEMS (MS, 2010).

Poucos meses depois, no momento da votação da MP 664/14, em junho de 2015, por conta da intensa oposição proveniente de muitos setores da sociedade civil organizada – embora por outras razões –, como a CUT (CUT, 2015), segmentos do Partido dos Trabalhadores (SOUZA, 2015) e até mesmo do então ministro da Previdência Social (ANMP, 2015), no texto da lei 13.135/2015 (BRASIL, 2015), várias das mudanças previstas foram revogadas. Assim, além de o período de afastamento do trabalho a cargo dos empregadores voltar a ser de 15 dias, a terceirização das perícias médicas foi abrandada, tornando-se “branca”, ficando limitada a unidades de atendimento do SUS.

Poucos dias após o término da greve de setembro de 2015 a fevereiro

de 2016, baixou-se um decreto reforçando a descentralização das perícias médicas de caráter previdenciário em direção aos médicos assistentes ligados ao SUS (BRASIL, 2016). Esse decreto ainda tornou legal, já não mais por força de decisão judicial (em virtude de ações civis públicas ajuizadas pelo MPF), a concessão e dilação de benefícios por incapacidade sem a necessidade de qualquer avaliação pericial, seja feita por médico do INSS, seja por médico ligado ao SUS, mas com a mera apresentação de atestado exarado pelo médico assistente.

As iniciativas voltadas para a capacitação dos servidores têm se mostrado altamente discricionárias e seletivas: libera-se administrativos para completar seus estudos de nível superior (graduação e pós-graduação) enquanto os peritos têm seus pedidos de afastamento para estudos indeferidos repetidas vezes (ver, por exemplo, despachos decisórios DGP 321 e 322/2014). Entrementes, a administração jacta-se de que “dois servidores do INSS receberam autorização do Ministério da Previdência Social para se afastarem do país a fim de que possam participar do Programa internacional Ciência Sem Fronteiras” (ver tela abaixo) (INSS, 2014). Paradoxalmente, a autarquia anunciou, com grande estardalhaço, uma “capacitação em breve”, dirigida somente para os servidores lotados nos SSTs. O seu propósito seria de “ampliar o olhar para além da doença e sua relação com a atividade laboral, agregando ao reconhecimento biológico os aspectos psicossociais e profissionais”¹⁵¹ (INSS, 2014g).

Art. 37. O desenvolvimento dos servidores da Carreira de Perito Médico Previdenciário e da Carreira de Supervisor Médico-Pericial ocorrerá mediante progressão funcional e promoção.

§ 1o Para efeito do disposto no caput deste artigo, progressão funcional é a passagem do servidor para o padrão de vencimento imediatamente superior dentro de uma mesma classe, e promoção, a passagem do servidor do último padrão de uma classe para o primeiro da classe imediatamente superior.

§ 2o A progressão funcional e a promoção observarão os requisitos e as condições a serem fixados em regulamento, devendo levar em

¹⁵¹ A proposta do curso era a abordagem de cinco temas: seguridade social, saúde do trabalhador, doenças do trabalho, classificação internacional de funcionalidades e equipe multiprofissional. Seria um curso à distância oferecido por alguma “instituição de ensino superior” indefinida, durante três anos e somando “carga horária mínima de 180 horas” (INSS, 2014g).

consideração os resultados da avaliação de desempenho do servidor.

§ 3º Sem prejuízo de outros requisitos e condições estabelecidos no regulamento de que trata o § 2º deste artigo, são pré-requisitos mínimos para promoção à Classe Especial da Carreira de Perito Médico Previdenciário e da Carreira de Supervisor Médico-Pericial:

I – possuir, no mínimo, dezoito anos e meio de efetivo exercício no cargo;

II – possuir habilitação em avaliação de desempenho individual com resultado médio superior a 80% (oitenta por cento) do limite máximo da pontuação das avaliações realizadas no interstício considerado para a progressão na Classe D; e

III – possuir certificado de curso de especialização específico, compatível com as atribuições do cargo, realizado após ingresso na classe D, promovido em parceria do INSS com instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, na forma da legislação vigente.

§ 4º O INSS deverá incluir, em seu plano de capacitação, o curso de especialização de que trata o inciso III do § 3º deste artigo. (BRASIL, 2009).

As políticas de valorização do servidor são ineficazes; as existentes, que já são poucas, limitam-se aos servidores administrativos, como os cursos à distância promovidos pelo CFAI. Verifica-se uma desvinculação entre as propostas de “gestão de pessoas”, exemplificada aqui pelo “programa de qualidade de vida no trabalho” e a realidade de sua implementação: SIASS → “abrange ações de qualidade de vida e vigilância aos ambientes e processos de trabalho; o Comitê Gestor do SIASS tem reunião mensal para decidir sobre assuntos relacionados à saúde do servidor e aos benefícios; a avaliação da capacidade laborativa dos servidores federais tomou nova dimensão com o conceito de perícia em saúde, ao transcender os limites do campo da Medicina e envolver outros conhecimentos da área da saúde, ao separar a concessão administrativa da avaliação pericial etc. (CARNEIRO, 2011).

Não deixa de chamar a atenção o casuísmo da publicação de um memorando, anunciando um “registro formal de preços” de “material considerado indispensável ao atendimento aos segurados [...] pela Perícia Médica Previdenciária” (INSS, 2015c), na segunda semana de outubro de 2015 (08 de outubro), apenas cinco dias depois do início (em 04 de outubro) de um movimento paredista endossado pela ampla maioria da categoria (ANMP, 2015a).

Além do INSS, outro agente importante que atua no campo previdenciário interferindo nas atividades médicas é o Ministério Público Federal (MPF), especificamente a Procuradoria de Defesa do Cidadão, em seu grupo de trabalho da previdência e assistência social. O INSS, em associação ao MPF, considerando que seus “procuradores mantêm comunicação entre si de forma permanente” e que “que eventual piora no TMEA-PM de outras localidades, além das que já possuem as ações civis públicas, gerará, muito provavelmente, o ajuizamento de outras ações, sendo necessário adotar medidas que visem a prevenir tais ajuizamentos”, decidiu, em julho de 2014, aprofundar a terceirização de peritos médicos, até então restrita ao estado de Santa Catarina (INSS, 2013a), estendendo-a para todo o território nacional. A justificativa seria impedir que o tempo de espera para a realização de perícias fosse superior a 45 dias; no entanto, o TMEA-PM, à época (junho de 2014), foi de 23 dias (média do país)¹⁵². A autarquia autorizou a terceirização preventiva das suas próprias funções, para evitar sanções jurídicas impostas em apenas um estado, tornando universal a sua solução. A obrigação de ofertar perícias médicas por meio de médicos externos a seus quadros poderia ser contestada pela PFE-INSS, que existe precisamente para defender o INSS em ações judiciais. Essa decisão ocorreu quando a instituição não exibia números que a obrigassem a implantar a terceirização, nem em Santa Catarina, nem no Brasil como um todo, e quando não era permitido, por força da lei eleitoral, abrir editais para esse tipo de serviço (julho de 2014 já era período do pleito de 2014).

Essa sinergia de ações entre a direção do INSS e o MPF dá-se há longa data e volta-se prioritariamente para a atividade pericial. Em quase todas as situações de interferência do MPF nas rotinas da autarquia, o INSS adotou postura ora subserviente, acatando as sugestões do MPF, ora passiva, deixando de contestar-lhe as ações judiciais.

De modo muito característico, a atuação previdenciária do MPF é orientada no sentido de aumentar o número de perícias médicas realizadas, deixando para segundo plano (ou mesmo ignorando) aspectos relacionados a

¹⁵² O pior índice foi registrado na Superintendência Nordeste, com 33 dias; o menor índice foi o da Superintendência Sudeste II, com 16 dias, seguido pela Superintendência Sul, com 18 dias (INSS, 2014a).

organização do processo de trabalho (como visto em INSS, 2009c) ou das condições de trabalho oferecidas pela instituição aos servidores (assim, o MPF se cala sobre a necessidade da realização de concursos públicos para preencher as vagas abertas pelos peritos demissionários ou aposentados, além de suprir o plano de expansão das APSs). Por outro lado, o MPF, sem a participação de representantes dos trabalhadores (isto é, dos peritos médicos), discute internamente, ocasionalmente com a direção do INSS, sobre as competências e obrigações inerentes à atividade pericial, assuntos que deveriam ser objeto de debate mais apropriadamente nos fóruns éticos e profissionais médicos.

Além disso, o MPF celebra como uma conquista a concessão “administrativa”, “automática”, de benefícios por incapacidade sem a determinação da incapacidade feita pela perícia médica previdenciária¹⁵³ (MPF, 2013) por meio de sucessivas ações civis públicas¹⁵⁴ cujos efeitos são sentidos com particular intensidade na superintendência regional sul. Por meio do poder judiciário, o MPF logrou forçar o INSS a conceder auxílio-doença com base em mero atestado exarado pelo médico assistente quando a “fila de espera”, isto é, o período entre o momento em que o requerente procura a previdência para fazer o agendamento da perícia médica inicial e a realização da perícia propriamente dita for superior 30 ou 45 dias (dependendo da gerência-executiva onde a ação civil pública foi proposta). Novamente nessa situação, a função precípua da perícia médica previdenciária é tolhida, em detrimento do interesse do patrimônio dos contribuintes sob a justificativa (compreensível, é verdade) da “defesa dos direitos e da dignidade humanos”, alegada pelo MPF. Além disso, as demais condições para a concessão “administrativa” do auxílio-doença têm características que dificilmente podem ser consideradas como seguras ou capazes de prevenir fraudes; as modalidades mais evidentes são a

¹⁵³ Nas palavras do MPF: “[...] A concessão administrativa foi implantada apenas através de ação civil pública [...]” (MPF, 2013).

¹⁵⁴ Embora as informações sejam desconhecidas, localizamos até janeiro de 2015 as seguintes ações civis públicas com sentenças já prolatadas e desfavoráveis ao INSS: n. 200971000041034, n. 50007020920104047000, n. 50252999620114047100/RS, n. 5004227-10.2012.404.7200, n. 5000042-75.2011.404.7001, n. 9715-03.2012.4.01.4100 e n. 819-67.2013.4.01.3701. Dessas, somente as duas últimas não abrangem a superintendência regional sul (aquela contempla o estado de Rondônia e esta, a gerência de Imperatriz, no Maranhão) (INSS, 2014e; 2015).

compra ou falsificação de atestados médicos, a adulteração do comprovante de residência e a procura sistemática e orquestrada pelas APSs cujas filias sejam maiores, aumentando-as “artificialmente”.

A atuação dos procuradores do ministério público na rotina administrativa dos servidores do INSS ultrapassa as propostas de ação do grupo de trabalho do MPF que se dedica ao acompanhamento da previdência social. Segundo a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, o grupo de trabalho “Previdência e Assistência Social” menciona como suas prioridades somente os seguintes itens (MPF, s/d):

- elaborar e divulgar enunciados contendo a súmula das principais deliberações feitas nas reuniões do GT Previdência e Assistência Social;
- buscar a implementação do programa de reabilitação profissional da Previdência Social;
- acompanhar o efetivo cumprimento e a fixação da jornada de trabalho dos servidores do INSS e
- buscar a melhoria da fundamentação dos pareceres médicos emitidos pelos Peritos Médicos Previdenciários.

Metade das prioridades das atenções desse grupo de procuradores federais envolve o ato médico pericial, direta ou indiretamente, e procuram interferir no conteúdo da atividade médica pericial, ou seja, em sua autonomia profissional. Uma das prioridades, por outro lado, fornece a justificativa para fiscalizar – e intervir – na conduta funcional dos servidores. O desenvolvimento das prioridades desse grupo de trabalho do MPF é sumarizado em seus “enunciados”, fórmulas breves que devem orientar os membros do MPF na fiscalização da seguridade social (MPF, 2010). Dos oitos enunciados prolatados pelo MPF sobre a previdência social, seis abordam a perícia médica previdenciária; apenas um envolve “direitos do cidadão” não relacionados à perícia médica. Os “enunciados” do MPF que tratam justamente de questões normativas e éticas que são exclusivas do INSS e dos órgãos reguladores da Medicina mereceram a apreciação do CFM, que se manifestou nos seguintes

termos sobre o “enunciado n. 2” do MPF¹⁵⁵:

A imposição estabelecida pelo enunciado da PFDC conduz o perito médico a incorrer em infração das normas emanadas por este órgão de fiscalização profissional, pois em seu teor cerceia a autonomia do perito ao interferir diretamente na elaboração da anamnese pericial. [...] A determinação constante no enunciado da PFDC viola a autonomia do médico ao deliberar sobre a estruturação do ato profissional a ser realizado, condição atribuída exclusivamente, nos termos da lei, ao Conselho Federal de Medicina e a seus regionais (CFM, 2011).

O INSS, em resposta aos “enunciados” do MPF, publicou um memorando-circular, em dezembro de 2001, cujo teor era o seguinte:

Considerando o que consta na minuta de RECOMENDAÇÃO Nº 01/2001, do Ministério Público Federal [...] *propomos, a fins evitar problemas mais sérios* naquele órgão e neste Instituto, adoção das seguintes medidas:

- a) *Dispensar a cada segurado o tempo de atendimento necessário à completa anamnese;*
- b) Analisar toda documentação apresentada e proceder à realização de exames clínicos;
- c) Emitir de forma legível e devidamente fundamentada os laudos médico-periciais, com a devida identificação do profissional responsável pelos mesmos;
- d) *Evitar o agendamento de exames médico-periciais para o mesmo dia e horário;*
- e) Evitar que o segurado seja atendido no INSS pelo mesmo médico que o examinou na condição de médico da empresa ou de entidade conveniada com a empresa do vínculo laboral, devendo, a identificação do profissional/servidor estar legível, contendo o nome, matrícula e identificação do CRM; e
- f) Orientar aos *profissionais da área médica*, que os mesmos se submetam aos disposto na Lei 8.112/91, na qual consta como deveres do servidor público federal “manter conduta compatível com a moralidade administrativa” “*ser assíduo e pontual ao serviço*” e “*tratar com urbanidade as pessoas*”, conforme incisos IX, X e XII do art.116. [...] (INSS, 2001) (destaques nossos).

¹⁵⁵ O “enunciado n. 2” reza o seguinte: “os pareceres médico-periciais emitidos pelo INSS devem: a) relacionar todos os exames e atestados médicos apresentados pelo segurado; e b) fundamentar a conclusão tanto sobre a capacidade laboral do segurado quanto às datas inicial e final da incapacidade para o trabalho”.

Vê-se que a motivação desse memorando-circular, voltado a garantir a cada segurado o tempo necessário para sua avaliação, permitindo ao perito fazer o exame físico adequado e evitar o agendamento simultâneo de vários cidadãos no mesmo horário, é fruto de ameaças do MPF (“propomos a fins de evitar problemas mais sérios naquele órgão”). Nenhuma dessas “propostas” (e não determinações, ordens ou qualquer outra forma de indicar uma imposição) era absurda mas a autarquia *pedia* a seus funcionários que cumprissem as funções para as quais foram contratados e que a autarquia era incompetente para torná-las efetivadas. Em outras palavras, sem a ameaça do MPF, o INSS¹⁵⁶ não se preocuparia em, por exemplo, marcar um serviço em um determinado horário para apenas um cidadão.

Além da ação provocada pela ameaça de sanções jurídicas, há duas outras formas de compreender as entrelinhas desse memorando-circular. A primeira, mais fácil, é julgar que os peritos médicos não dispensavam o tempo necessário nem examinavam todos os elementos para chegar às suas conclusões sobre a capacidade para o trabalho de cada segurado individual. Isso ocorreria porque os peritos médicos não seriam assíduos, pontuais, não tratariam os usuários com educação e nem mesmo se identificariam. Essas situações bem podem ter ocorrido e até mesmo refletir costumes disseminados.

Por outro lado, e esta é a segunda interpretação possível do memorando-circular, cabia ao INSS exigir e obrigar seus empregados a serem pontuais e assíduos em vez de solicitar-lhes para “agirem com moralidade”. Ao INSS competia organizar o serviço de tal modo que os cidadãos fossem atendidos em tempo suficiente para a entrevista médica (a anamnese), o exame físico e o estudo dos documentos apresentados; essa organização depende muito mais de decisões gerenciais do empregador do que da discricionariedade de cada servidor individual. Quando o INSS propôs aos gerentes, supervisores e diretores que sugerissem aos peritos esses comportamentos, ele transferiu a sua responsabilidade de organização a quem não cabia organizar o serviço, mas cumpri-lo. De uma única vez, a diretoria do

¹⁵⁶ Nos comentários sobre esse memorando-circular de 2001, quando se fala em “INSS” pensa-se principalmente nos diretores do primeiro e segundo escalão da autarquia e não na instituição como um agente coletivo.

INSS eximiu-se da culpa por problemas e da responsabilidade pela sua solução e delegou ambos aos “profissionais da área médica”. Enquanto em 2001 o INSS ainda “propunha” que se “sugerisse” condutas aos peritos médicos, preferindo credenciar peritos terceirizados, em 2004 a situação mudou completamente de figura. Naquele ano, como já vimos, criou-se a carreira de perito médico previdenciário foi criada em 2004. Em 2006 o discurso dentro do INSS e no MPS mudou, passando a ser o da “profissionalização da gestão da Previdência Social” (MPS, 2006a), o que incluiu, como também já comentamos, o fim do credenciamento intensivo de médicos externos.

Dois órgãos de controle da União – a CGU e o TCU – também se manifestam sobre o trabalho da perícia médica previdenciária bem como sobre os demais benefícios administrados pelo INSS (CGU, 2013a, 2014, 2015). Neste caso, entretanto, além do componente de cobrança que visa a obrigar a autarquia previdenciária a agir de tais e quais modos, há um aspecto de diagnose e aperfeiçoamento da instituição. Em função de auditorias (e das determinações que se seguiram) feitas pelo TCU, o INSS tem revisado benefícios de prestação continuada concedidos para pessoas quem, apesar de declararem ter renda mensal per capita inferior a 25% do salário mínimo, têm automóveis registrados em seus nomes (TCU, 2009). Os benefícios por incapacidade também são objeto de auditoria do TCU (2010); neste caso, conquanto o Tribunal procure compreender o aumento do número de benefícios concedidos nas últimas décadas, suas análises produziram poucas mudanças nas rotinas do INSS. De fato, auditorias feitas pela CGU (2013a, 2014, 2015) apontam para os mesmos problemas já descritos pelo TCU vários anos antes. Entre os problemas apontados pelo TCU e pela CGU estão a pouca confiabilidade dos diversos sistemas corporativos, a fragilidade dos mecanismos de combate às fraudes e de aferição da qualidade dos serviços prestados, sobrecarga de trabalho e ambientes de trabalho inapropriados tanto para os servidores quanto para a população. Além disso, a atuação da CGU, diferentemente da do TCU, é feita de modo sinérgico com a autarquia por intermédio da Auditoria Interna do INSS (CGU, 2015). Dessa forma, o estudo da adequação do conteúdo das perícias médicas é realizado pelos peritos

médicos lotados no serviço de Auditoria.

As disputas sobre o ato médico pericial envolvendo os diversos agentes do campo previdenciário refletem o que Bendix (1952) comentou sobre a autonomia do burocrata. O uso do poder do burocrata, quando exerce suas funções autonomamente, é motivo de disputas implícitas ou explícitas por vários grupos de interesses que visam tanto a aumentar essa autonomia e a perseguir um objetivo comum quanto a sustar o exercício desse poder. Essas contendas também mostram como os diversos agentes do campo previdenciário agem para “produzir efeitos” sobre o próprio campo, isto é, sobre a sua estrutura de capitais e sobre os demais agentes envolvidos.

GRÁFICO 8.1 – EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS REQUERIMENTOS DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE REPRESADOS (BRASIL, AGOSTO DE 2004 A AGOSTO DE 2012)



FONTE: Perito.med (2012).

GRÁFICO 8.2 – EVOLUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA APÓS A SUA MARCAÇÃO, EM NÚMERO DE DIAS (BRASIL, JANEIRO DE 2008 A JANEIRO DE 2012)



FONTE: Perito.med (2012).

9. PESQUISA DE CAMPO

A caracterização do *habitus* do perito médico previdenciário que procuramos fazer deu-se usando algumas estratégias complementares; a mais óbvia foi a consulta dos textos sociológicos sobre os diversos assuntos tratados nesta tese. Outra estratégia constitui-se na aplicação de questionários de múltipla escolha enviados por e-mail aos servidores do INSS. Procuramos compreender o significado sociológico das respostas aos questionários ao mesmo tempo em que tensionamos esses achados (a empiria) com a própria teoria sociológica que dá sustentação e antecede a pesquisa de campo.

O formulário foi construído a partir de dois expedientes básicos. Em primeiro lugar, fez-se a revisão da literatura sociológica a respeito da profissão médica, da perícia médica previdenciária e da seguridade social como um todo. Depois os principais aspectos da teoria sociológica e dos achados empíricos descritos na literatura foram levantados, procurou-se destacar, dentre eles, quais se relacionariam com os objetivos da pesquisa e com seu objeto. Um formulário preliminar, exploratório, foi construído e aplicado a peritos selecionados da Gex Curitiba; nesse primeiro questionário os peritos eram instados a manifestar suas opiniões pessoais longamente, fazendo quaisquer considerações que julgassem relevantes. Procuramos definir categorias empíricas a partir da análise desses questionários exploratórios, contrapondo-as às que obtivemos com a pesquisa dos textos sociológicos sobre o assunto. Detivemo-nos nos assuntos comentados mais amiúde, nas respostas desenvolvidas mais minuciosamente e nos temas que julgamos ter sido deixado de lado, articulando com a importância relativa dada pela literatura sociológica.

Assim, procurou-se desenvolver os aspectos menos contemplados pelos peritos ao mesmo tempo em que se buscou esmiuçar aqueles que foram objeto da atenção tanto dos textos quanto dos peritos. Isso foi possível pelo tipo das perguntas feitas no questionário final e pela sua quantidade em cada assunto. As perguntas articularam-se em torno dos seguintes temas:

- autonomia (perguntas que tratam da autonomia);

- relacionamento entre peritos médicos e servidores administrativos;
- relacionamento dos peritos médicos com colegas médicos, tanto peritos quanto assistente;
- relacionamento dos peritos médicos com os segurados;
- autoimagem dos peritos dentro do INSS e satisfação com o trabalho e
- perfil demográfico dos peritos médicos.

As questões dirigidas aos servidores administrativos foram pensadas para servirem como comparação entre as posições dos peritos médicos e os demais servidores do INSS:

- relacionamento entre peritos médicos e servidores administrativos;
- relacionamento dos servidores administrativos com os segurados; e
- autoimagem dos servidores administrativos dentro do INSS e satisfação com o trabalho e
- perfil demográfico dos servidores administrativos.

Cada uma das questões foi analisada a partir das seguintes variáveis demográficas:

- sexo;
- faixa etária;
- tempo de exercício da Medicina (apenas para os peritos médicos);
- tempo de trabalho no INSS;
- SR e
- setor específico em que trabalha na APS em que está lotado (exclusivamente para os servidores administrativos).

No corpo do texto deu-se preferência para as relações entre as variáveis que foram consideradas mais relevantes, isto é, aquelas evidenciando aspectos discutidos na literatura sociológica ou mencionados na pesquisa exploratória. Isso significa que se deixou de apresentar os gráficos e as tabelas cujo significado sociológico fosse considerado pouco relevante ou repetitivo;

está claro que muitas outras relações poderiam ter sido feitas, revelando dimensões de interesse sociológico não explicitadas nesta pesquisa. Exemplificando, apenas o cruzamento de cada uma das perguntas feitas aos peritos com a demografia pesquisada (sem contar os cruzamentos possíveis dessas perguntas entre si) originaria mais de 200 gráficos e tabelas, tornando o texto assaz árido e enfadonho. Além disso, as frequências e as porcentagens meramente descritivas de cada questão são mostradas nas tabelas do anexo G deste estudo.

A ordem precisa das questões, o número de opções disponíveis e o tipo do questionário seguiram as sugestões de GÜNTHER (2003). Os questionários de escala do tipo “concordo – não concordo” são uma forma de fácil aplicação e de fácil interpretação da opinião dos grupos pesquisados. Pesquisas desse tipo permitem que se reduza o custo do respondente, maximize as recompensas para fazê-lo, diminuam os embaraços a quem os responde, eliminam relações de subordinação e favorecem a interação social (GÜNTHER, 2003). Tendo esses conceitos em mente optamos pelo uso do serviço de questionários virtuais SurveyMonkey, que oferece incontáveis possibilidades de criação de questionários e a sua posterior análise estatística. Os modelos dos questionários encontram-se nos anexos V e VI, no final desta tese.

A literatura especializada sugere que questionários com somente cinco pontos oferecem ao entrevistado um bom número de opções ao mesmo tempo em que fornecem ao pesquisador resultados menos confusos e de maior qualidade do que escalas com mais pontos (com 7, 8, 9 ou 11 opções) (REVILLA, SARIS & KROSNICK, 2014), portanto construímos o questionário final desse modo, com cinco pontos na escala.

Procuramos oferecer, além dos cinco pontos de respostas, uma sexta possibilidade ao entrevistado que preferisse calar-se sobre determinada questão. O anonimato e a confidencialidade foram fortemente enfatizados bem como a destinação exclusiva das respostas na pesquisa de doutoramento do autor. Além de nos identificar como servidores públicos e explicitar nossa vinculação acadêmica, oferecemos aos entrevistados os meios de entrar em contato conosco (correios eletrônicos da pesquisa e institucional e telefone institucional). Para diminuir os vieses, programamos o SurveyMonkey para

contar somente um questionário recebido de cada e-mail para o qual enviara o vínculo da pesquisa, assim um e-mail responderia somente uma vez.

As respostas aos questionários foram coletadas entre os dias 02/10/2014 a 31/10/2014; as enviadas após essa data foram desconsideradas pelo programa Surveymonkey. Esse programa é capaz de reconhecer quais destinatários responderam ao questionário, eliminando-os da lista de destinatários da mensagem de reforço, o que deveria evitar que uma mesma pessoa respondesse duas ou mais vezes.

Como o acesso às páginas da internet a partir do ambiente virtual do INSS é feito por níveis discriminados segundo a posição hierárquica na autarquia, nem todos os servidores que receberam as mensagens eram capazes de aceder o questionário; muitos desses servidores deram-se ao trabalho de enviar-nos mensagens comentando a respeito. Nós respondemos a cada uma dessas mensagens usando textos padronizados (ver anexo V); no caso da dificuldade de acesso a páginas que não terminam em “gov.br” (como se dá com o Surveymonkey), respondemos solicitando que o servidor encaminhe o convite para outro navegador ou que o responda em casa. Nas situações em que o funcionário informou-nos o seu endereço particular, enviamos outro convite para uma lista de destinatários criada especificamente para esse fim.

É digno de nota o fato de que as diversas instâncias do INSS recusaram-se reiteradamente a contribuir de qualquer modo para o desenvolvimento de qualquer etapa da pesquisa, o que inclui a distribuição do vínculo do questionário para os e-mails institucionais dos servidores. Enviou-se o questionário para todos os servidores das 104 gerências executivas do INSS em todo o país, distribuídas em suas cinco superintendências regionais (ver no anexo IV a lista das gerências executivas e das superintendências regionais).

Para ser possível responder ao questionário era necessário que o respondente concordasse explicitamente com essa decisão, isto é, era preciso dar o seu consentimento livre, informado e esclarecido que concorda em participar do estudo. Para tanto, foi inserida uma primeira pergunta contendo os seguintes dizeres: “Eu li e entendi o texto acima e concordo em participar da pesquisa”. Quem marcasse a opção “sim” seguia adiante no questionário;

aqueles que marcassem “não” eram dirigidos para uma página de agradecimento e desqualificação da participação.

A estrutura do INSS compreende diversas categorias de servidores públicos, como discutido no capítulo específico sobre a organização da autarquia. Além dos peritos médicos previdenciários (e dos médicos peritos e supervisores médicos periciais), há os analistas do seguro social e os técnicos do seguro social. Os servidores com formação de nível superior são analistas do seguro social, o que envolve inúmeras áreas de atuação¹⁵⁷. Os técnicos do seguro social são servidores para quem é exigido a conclusão do ensino médio (antigo segundo grau) ou curso técnico equivalente. Não há, portanto, técnicos do seguro social com áreas de atuação no sentido de que há analistas do seguro social com formação específica, embora, em muitas situações e com bastante frequência, tanto analistas quanto técnicos do seguro social desempenhem as mesmas funções, como a gerência de APSs.

Neste estudo, e em especial no questionário, a divisão organizacional mais pormenorizada, conforme prevê a legislação pertinente, entre peritos médicos previdenciários, analistas do seguro social (com suas diversas áreas de atuação) e técnicos do seguro social foi substituída por outra, mais simples, entre peritos médicos previdenciários e servidores “administrativos”. Os servidores “administrativos” foram tomados como todos os funcionários do INSS que não são peritos médicos previdenciários; essa definição não pretende igualar as diferentes funções tampouco diminuir a dignidade de cada analista com área de atuação ou formação específica. Porém, como a tese visa a caracterizar as relações dos peritos médicos previdenciários com os demais servidores da autarquia e com os usuários da previdência social (e não fazer um estudo para entender, por exemplo, como os analistas com formação em serviço social diferem dos analistas com formação em direito), optou-se por essa simplificação, a qual, além do mais, é operacional e facilita diversos procedimentos analíticos, permitindo-nos responder às perguntas que nos

¹⁵⁷ São servidores com formação em Estatística, Administração, Ciências Contábeis, Direito, Engenharia Civil, Engenharia Mecânica, Engenharia Elétrica, Engenharia de Telecomunicações, Engenharia com especialização em Segurança do Trabalho, Arquitetura, Tecnologia da Informação, Terapia Ocupacional, Pedagogia, Psicologia, Comunicação Social, Fisioterapia e Letras.

propusemos.

Bourdieu observa que o sociólogo não precisa ser refém da nomenclatura ou das categorias apresentadas pelos agentes estudados; na pesquisa sociológica, deve-se construir categorias empíricas a partir da abstração da empiria que se procura explicar e que permita a compreensão dos fenômenos abordados. Comentando sobre a antropologia de M. Mauss, Bourdieu nota que “a divisão realizada por esta ou aquela língua não tem qualquer privilégio em relação às construções do sociólogo que não deve necessariamente se submeter às categorias da língua indígena” (BOURDIEU, CHAMBOREDON & PASSERON, 2010, p. 225). A pesquisa científica, afinal de contas, não é o mero acúmulo de dados empíricos, e o fato social deve ser “conquistado, construído e constatado” (idem, p. 73).

Foram enviados convites pelo email institucional para 42.078 servidores do INSS; desse total, houve resposta de 2.848 servidores, o que corresponde a 6,76% dos funcionários públicos da autarquia. Desse total, obtivemos ao redor de 510 respostas de peritos médicos (11,38%) e ao redor de 2.060 respostas dos administrativos, isto é, em torno de 6,32%, segundo os dados mais recentes fornecidos pelo INSS até o momento da redação desta obra (INSS, 2015b).

As perguntas que não foram respondidas daqueles questionários que tiveram ao menos algumas respostas foram desconsideradas. Os questionários que tiveram somente uma ou duas perguntas respondidas (a primeira e a segunda) foram excluídos. Em outras palavras, quando o servidor respondeu somente uma ou duas perguntas, seu questionário foi excluído; para os servidores que tiveram várias perguntas respondidas, mas não todas, desconsiderou-se as perguntas não respondidas, contando-se as demais. Assim, excluiu-se 96 questionários dos servidores administrativos e nenhum dos peritos médicos, de tal sorte que a amostra de respostas dos administrativos variou ao redor de 2060 questionários e, a dos peritos, em torno de 513. Observou-se que alguns respondentes desistiam de continuar a responder o questionário em dado momento a partir do qual não havia mais respostas registradas. Esse fato explica a variação do tamanho amostral (“ao redor de” 2050 questionários dos administrativos e “ao redor de” 510

questionários dos peritos médicos) e a ocorrência de até 128 respostas “perdidas” (*missing*) dos servidores administrativos e até 25 respostas “perdidas” dos peritos médicos.

O trabalho estatístico consistiu na descrição das frequências das respostas a cada uma das opções, a análise de variância (ANOVA) “a um fator” (com a análise *post hoc* HSD de Tukey) entre os diversos grupos formados pelos respondentes de cada uma dessas opções (DAWSON & TRAPP, 2001). Para diminuir a aspereza da estatística, os cálculos ANOVA foram omitidos nas tabelas; no entanto, os gráficos permitem intuir as diferenças de variância por meio da representação gráfica dos intervalos de confiança. As diferenças de variância foram descritas ao longo do texto.

Toda a análise estatística foi feita empregando-se o programa IBM SPSS Statistics versão 20. O serviço SurveyMonkey permite a exportação das respostas aos questionários em arquivos de vários formatos, incluindo o usado pelo SPSS, o que facilitou em muito os trabalhos.

Foi estabelecido $\alpha=1\%$ seguindo a correção de Bonferroni, para evitar os erros do tipo I, tendo em vista a grande quantidade de cálculos feitos a partir da mesma amostra, ainda que ela também seja grande ($N > 2.500$) (RUMSEY, 2014). O intervalo de confiança das médias foi de 99%. As medidas apresentadas e discutidas foram o desvio-padrão (dois desvios-padrão da média) e a média, o intervalo de confiança para 99% da média; salvo nas distribuições dos sexos dos servidores (que aparecem como a contagem de cada grupo), os valores indicados descrevem as porcentagens sobre o total dos respondentes de cada questão. O número de respondentes (n) de cada pergunta foi informado em cada gráfico ou tabela. Nos gráficos e tabelas que comparam questões cujos n s foram diferentes, as porcentagens referem-se ao n da pergunta com menos respondentes. O nível de significância considerado foi $< 0,01$.

O número de respondentes, tanto administrativos quanto médicos, diminuiu à medida em que se avançava o questionário, como se pode ver na Tabela A.baixo. Assim, iniciaram os questionários 2.062 administrativos e 513 peritos mas terminaram 1.935 e 485, respectivamente (ver Tabela 9.1, abaixo). As

porcentagens indicadas são as válidas, isto é, descontadas as respostas em branco, e foram calculadas automaticamente pelo SPSS.

TABELA 9.1 – QUESTÕES RESPONDIDAS POR CATEGORIA EMPÍRICA PESQUISADA, ORDEM EM QUE FORAM APRESENTADAS E O NÚMERO DE RESPONDENTES (N) DE CADA UMA

QUESTÃO ¹⁵⁸	NÚMERO DA QUESTÃO	(N)
PERGUNTAS DIRIGIDAS AOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS		
Estou satisfeito com o meu trabalho	4	2064
Estou no INSS há quanto tempo	5	2064
Estou no INSS por causa do salário e da estabilidade	6	2064
Eu deixaria o INSS se pudesse	7	2064
Tenho um bom relacionamento com os peritos da minha APS	8	2016
Acho natural haver conflito entre administrativos e peritos	9	2016
Os segurados têm razão de se queixarem dos peritos	10	2016
Os peritos são injustos em suas avaliações	11	1973
Em um conflito entre segurado e perito eu apoio o segurado	12	1973
Eu tive problemas com os segurados nos últimos 12 meses	13	1973
Eu tive problemas com colegas administrativos nos últimos 12 meses	14	1973
Eu tive problemas com peritos nos últimos 12 meses	15	1947
Eu me sinto à vontade para questionar peritos	16	1935
Os peritos devem se submeter administrativamente aos gerentes da APS	17	1947
Os peritos devem se submeter tecnicamente ao SST	18	1947
Sexo do administrativo	19	1935
Faixa etária do administrativo	20	1935
Superintendência do administrativo	21	1935
Atuação na linha de frente ou na retaguarda	22	1935
PERGUNTAS DIRIGIDAS AOS PERITOS MÉDICOS		
Sou apoiado e não fiscalizado quando o supervisor conversa comigo	24	513
Sou apoiado e não fiscalizado quando um colega da APS conversa comigo	25	513
Minha autonomia é o controle do número de segurados periciados	26	508
Minha autonomia é o controle da duração das perícias	27	508

¹⁵⁸ As questões meramente protocolares, como a concordância à participação na pesquisa ou a confirmação da categoria funcional para avançar no questionário, foram omitidas desta tabela.

Minha autonomia é a decisão médico-pericial	28	508
Sou primeiro médico e depois sou burocrata	29	507
O INSS tem razão de cobrar o número de perícias realizadas	30	507
Eu tenho um bom relacionamento com os administrativos	31	507
Os administrativos cobram-me para fazer um certo número de perícias	32	502
Os administrativos cobram-me para fazer atividades extra-agenda	33	502
O INSS cobra-me comportamento ético além dos conhecimentos técnicos	34	502
Sou mais controlado no INSS do que na minha atividade fora	35	502
O segurado que recebe auxílio-doença deve tratar a sua doença	36	496
Eu concedo auxílio-doença para quem tem doença estigmatizante mesmo que ele possa trabalhar	37	496
Eu acho que devo informar o segurado sobre a sua doença (diagnóstico, tratamento etc.)	38	496
Eu acho que devo informar o segurado as razões da minha decisão médico-pericial	39	496
Eu acho que devo tratar com o segurado de seus problemas psicossociais	40	495
Preocupo-me em fazer o melhor para o segurado	41	495
Preocupo-me em cumprir as normas e leis	42	495
Preocupo-me em atender à vontade do segurado	43	495
Preocupo-me em não ferir os direitos do segurado	44	493
Eu acho natural os conflitos entre segurados e peritos	45	493
Eu acho natural os conflitos entre peritos e administrativos	46	493
Os segurados criticam-me por não entenderem o que faço	47	493
Os médicos assistentes criticam-me por não entenderem o que faço	48	488
O papel do MPF, auditoria e corregedoria é cobrar e fiscalizar os peritos	49	488
Eu já respondi à ouvidoria do INSS	50.1	256
Eu já respondi ao CRM	50.2	106
Eu já respondi ao MPF	50.3	45
Eu já respondi ao gerente da minha APS	50.4	146
Eu não quero responder	50.5	61
Nos últimos 12 meses respondi à ouvidoria do INSS	51.1	488
Nos últimos 12 meses respondi PAD	51.2	488
Nos últimos 12 meses respondi ao MPF	51.3	488
Nos últimos 12 meses sofri agressão física	51.4	488
Nos últimos 12 meses sofri agressão verbal	51.5	488
Nos últimos 12 meses briguei com administrativos	51.6	488
Nos últimos 12 meses briguei com colegas peritos	51.7	488

Nos últimos 12 meses briguei com o gerente da minha APS	51.8	488
Nos últimos 12 meses prestei queixa contra segurado na PF	52.1	488
Nos últimos 12 meses prestei queixa contra segurado na polícia civil	52.2	488
Nos últimos 12 meses prestei queixa contra segurado na ouvidoria do servidor	52.3	488
Nos últimos 12 meses prestei queixa contra segurado na ouvidoria do INSS	52.4	488
Permaneço no INSS por causa da estabilidade e do salário	53	485
Gosto do meu trabalho no INSS	54	485
Eu sairia do INSS se pudesse escolher	55	485
Sou formado em Medicina há quanto tempo	56	485
Estou no INSS há quanto tempo	57	485
Sexo do perito	58	485
Faixa etária do perito	59	485
Superintendência do perito	60	485

FONTE: o autor.

Nas situações em que o respondente preferia abster-se de manifestar sua opinião era-lhe dado marcar “não quero responder”, “prefiro não responder” ou “não sei”, conforme fosse apropriado para a pergunta considerada. Essas opções foram identificadas pela sigla “NQR”, significando “não quero responder”; elas foram omitidas nos gráficos e nas tabelas quando suas porcentagens foram muito pequenas; essa conduta foi adotada para dar mais clareza aos textos e às imagens, diminuindo a quantidade de elementos cuja presença não interferiria na interpretação dos resultados. Entretanto, as respostas NQR foram mencionadas nos raros casos em que tiveram alguma significância estatística e para a discussão dos resultados.

Os cálculos estatísticos foram feitos atribuindo-se, às categorias disponíveis nas respostas, a valoração numérica descrita na Tabela 9.2.

TABELA 9.2 – VALOR NUMÉRICO ATRIBUÍDO A CADA OPÇÃO DISPONÍVEL PARA RESPOSTA ÀS DIFERENTES CATEGORIAS DE PERGUNTAS APRESENTADAS NOS QUESTIONÁRIOS

VALOR NUMÉRICO	OPÇÕES DAS CATEGORIAS APRESENTADAS NO QUESTIONÁRIO							
	CONCORDÂNCIA	TEMPO	FREQUÊNCIA	IDADE	SR	LOTAÇÃO DO ADMINISTRATIVO	SEXO	DENÚNCIA
1	Discordo totalmente	Menos de 1 ano	Todos os dias	25 a 30 anos	Nordeste	Como gerente de APS ou de algum serviço/seção (como o SRD ou AADJ)	Homem	À Ouvidoria do INSS
2	Discordo em parte	1 a 5 anos	Uma vez por semana	30 a 40 anos	Norte / Centro-Oeste	Na área meio (na retaguarda, por exemplo)	Mulher	Ao CRM
3	Não discordo nem concordo	5 a 10 anos	Uma vez por mês	40 a 50 anos	Sudeste I	Na área fim mas SEM RELAÇÃO com a perícia médica	Prefiro não responder	Ao Ministério Público (Federal ou Estadual)
4	Concordo em parte	10 a 15 anos	Uma vez a cada 6 meses	50 a 60 anos	Sudeste II	Na área fim JUNTO DA perícia médica	-	À gerência da minha APS
5	Concordo totalmente	Mais de 15 anos	Nenhuma vez	Mais de 60 anos	Sul	Como funcionário da minha Superintendência ou na Direção Central	-	Prefiro não responder
6	Não sei / não quero responder ¹⁵⁹	Prefiro não responder	Não sei / não quero responder	Prefiro não responder	Direção central	Prefiro não responder	-	-
7	-	-	-	-	Prefiro não responder	-	-	-

FONTE: o autor.

¹⁵⁹ Para simplificação e facilitar o trabalho estatístico, usou-se a sigla “NQR” ao longo do texto para se referir às opções “não sei / não quero responder”, “não quero responder” e “prefiro não responder”.

9.1. Resultados e discussão

9.1.1. Demografia dos servidores administrativos

A maioria dos servidores administrativos que responderam à pesquisa foram do sexo feminino, representando 60% do total. Essa cifra coincide com as informações fornecidas pelo próprio INSS (INSS, 2014d): há uma pequena maioria (57,34%) de mulheres em seus quadros funcionais administrativos. Houve maioria de mulheres em todos os critérios usados para a descrição demográfica dos funcionários administrativos.

Os setores onde os administrativos que responderam à pesquisa atuam são, em ordem de frequência, a área fim com os peritos médicos (isto é, habilitando os requerentes em processos de benefícios por incapacidade), a retaguarda, fazendo atividades sem contato direto com o público, gerentes das APSs ou chefes de serviços ou seções (como as AADJs, os Dirats ou Dirbens das GExs) e servidores das atividades fins mas sem relação com as perícias, portanto administrativos que trabalham em contato com o público prestando serviços que dizem respeito aos demais benefícios previdenciários (pensão por morte, aposentadorias por tempo de contribuição ou especial ou auxílio-reclusão).

Quando se faz a análise do local de atuação dos administrativos em função do sexo o que se vê é o contraste do grande número de mulheres atuando junto aos peritos médicos (21,08%) versus a pequena proporção dos homens que fazem a mesma tarefa (8,78%). A distribuição do local de atuação das mulheres, então, é as que atuam com os médicos 21,08%), as que ficam na retaguarda (15,50%), as que têm cargo de gerência de APS ou seção (11,52%) e, por último, as servidoras que têm contato com o público para a concessão de benefícios diferentes dos que dependem da avaliação médica (7,23%). Os respondentes homens não exibiram diferença entre os locais de atuação 6,04 – 11,11%). Os servidores da Direção Central e das SRs constituíram os menores grupos nos dois sexos (1,65% para as mulheres e 0,77% para os homens).

Em relação às SRs não houve diferenças significativas (exceto para os homens da SR Nordeste, que foi mais numerosa que as demais). A SR Direção

Central apareceu sempre em menor número tendo em vista o quantitativo muito reduzido de respondentes (n=2). Por outro lado, as porcentagens relativas das SRs dos respondentes administrativos seguiram proporções que cada SR ocupa em quantitativo de administrativos descrita no “INSS em Números” (INSS, 2014d), sendo a SR Nordeste a que tem mais funcionários administrativos e a Norte/Centro-Oeste, a que tem menos; as demais SRs estão entre essas duas. Entretanto, convém lembrar que não houve diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de cada uma das SRs.

A coincidência entre as distribuições sexual e espacial dos respondentes e a dos dados demográficos informados pela autarquia permite inferir que a amostra dos administrativos que responderam à pesquisa (entre 5,92% e 6,32%, dependendo da questão considerada, como descrito acima) é representativa do universo total dos servidores administrativos. Além disso, a distribuição dos servidores por área de atuação foi bem representada; os servidores que atuam diretamente com os peritos médicos perfizeram 30% dos respondentes do setor administrativo. Dada a sua proximidade com os médicos, suas posições e seus valores merecem ser avaliados com mais atenção, e, para que isso seja possível, a sua amostra precisaria ser representativa¹⁶⁰.

TABELA 9.3 – DISTRIBUIÇÃO SEXUAL DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS (EM %; N=1935)

SEXO	%
Homem	38,7
Mulheres	60,8

FONTE: o autor.

TABELA 9.4 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR SEXO E POR FAIXA ETÁRIA (EM %; N=1935)

SEXO	FAIXA ETÁRIA				
	25-30	31-40	41-50	51-60	MAIS DE 60
Homem	18,98	34,62	17,11	23,52	4,81
Mulher	13,60	31,54	17,94	32,22	3,40

FONTE: o autor.

¹⁶⁰ Para tornar mais agradável e fluida a presente parte da tese, exporemos aqui apenas algumas tabelas numéricas, reservando para os apêndices 3 e 4, respectivamente, a totalidade dos resultados da pesquisa empírica e os gráficos ilustrativos desses resultados.

Há um padrão bimodal estatisticamente relevante ($p < 0,01$) das idades dos administrativos, mais claro entre as mulheres do que entre os homens. As faixas etárias dos respondentes foram, em ordem decrescente, servidores com idades variando de 50 a 60 anos, servidores com idades de 30 a 40 anos, servidores de 40 a 50 anos e, por último, aqueles de 20 a 30 anos. O tempo no serviço público no INSS acompanha a faixa etária dos servidores. Assim, os administrativos que estão na autarquia há até 5 anos são mais jovens (30 a 40 anos) que os servidores mais antigos, cuja idade média se aproxima dos 60 anos, praticamente inexistindo servidores com menos de 40 anos entre os que trabalham há mais de 15 anos. Os servidores que estão há um tempo intermediário (de 5 a 10 anos) têm uma predominância significativa do grupo com idade entre 30 e 40 anos. Esses dados sugerem que os servidores têm ingressado no INSS mais cedo – ao redor dos 35 anos – do que seus colegas antigos, cuja idade deveria aproximar-se de 45 anos.

A distribuição dos servidores por tempo de trabalho no INSS revela uma que a proporção dos servidores “novos” na casa (até 10 anos) é idêntica à dos “antigos”: 49,6% e 49,7%, respectivamente. Quando se distribui o tempo na autarquia em função do sexo, as mulheres espelham o total (isto é, homens mais mulheres), ao passo que entre os homens esse perfil é menos evidente.

TABELA 9.5 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR TEMPO DE TRABALHO NO INSS (EM %; N=2064)

FAIXA	TEMPO
Menos de 1 ano	3,1
De 1 a 5 anos	21,7
De 5 a 10 anos	24,8
De 10 a 15 anos	13,7
Mais de 15 anos	36,0

FONTE: o autor.

TABELA 9.6 – DISTRIBUIÇÃO DOS ADMINISTRATIVOS POR FAIXA ETÁRIA (N=1935)

FAIXA ETÁRIA	%
25 a 30 anos	15,6
30 a 40 anos	32,7
40 a 50 anos	17,6
50 a 60 anos	28,7
Mais de 60 anos	3,9

FONTE: o autor.

TABELA 9.7 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR SR (EM %; N=1935)

SR	%
Nordeste	21,2
Norte / Centro-Oeste	17,4
Sudeste I	19,7
Sudeste II	20,3
Sul	19,8
Direção Central	0,1

FONTE: o autor.

TABELA 9.8 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR SR E POR SEXO (EM %; N=1935)

SEXO	SR					
	NORDESTE	NORTE / CENTRO-OESTE	SUDESTE I	SUDESTE II	SUL	DIREÇÃO CENTRAL
Homem	9,50	6,35	6,66	7,90%	7,85	0%
Mulher	11,67	10,95	12,91	12,35%	11,93	0,10

FONTE: o autor.

TABELA 9.9 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR ÁREA DE ATUAÇÃO NA APS (EM %; N=1935)

ÁREA DE ATUAÇÃO	%
Gerente de APS / Serviço	22,6
Retaguarda	25,7
Na área fim sem relação com a perícia	13,3
Na área fim com a perícia	30,0
Na SR ou na Direção Central	2,4

FONTE: o autor.

TABELA 9.10 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR ÁREA DE ATUAÇÃO NA APS E POR SEXO (EM %; N=1935)

SEXO	ÁREA DE ATUAÇÃO NA APS				
	GERENTE DA APS / SERVIÇO	RETAGUARDA	NA ÁREA FIM SEM RELAÇÃO COM A PERÍCIA	NA ÁREA FIM COM A PERÍCIA	NA SR OU NA DIREÇÃO CENTRAL
Homem	11,11	10,02	6,04	8,78	0,77
Mulher	11,52	15,50	7,23	21,08	1,65
Média ± desvio-padrão	1,51 ± 0,500	1,62 ± 0,499	1,54 ± 0,499	1,71 ± 0,464	1,68 ± 0,471
Intervalo de Confiança (99%)	1,45 – 1,57	1,56 – 1,68	1,46 – 1,63	1,66 – 1,76	1,49 – 1,85

FONTE: o autor.

TABELA 9.11 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR TEMPO DE SERVIÇO NO INSS E POR SEXO, EM PORCENTAGEM (N=1935)

SEXO	TEMPO DE SERVIÇO NO INSS				
	MENOS DE 1 ANO	1-5	6-10	11-15	MAIS DE 16
Homem	1,13	7,75	11,42	7,39	10,74
Mulher	1,55	14,36	13,28	6,40	24,90
Média ± desvio-padrão	1,63 ± 0,560	1,65 ± 0,482	1,55 ± 0,511	1,48 ± 0,515	1,70 ± 0,466
Intervalo de confiança (99%)	1,44 – 1,82	1,59 – 1,71	1,49 – 1,60	1,39 – 1,55	1,66 – 1,75

FONTE: o autor.

9.1.2. Ethos dos servidores administrativos em relação ao INSS

A maioria dos servidores administrativos permanece no INSS também por causa da segurança que o emprego público garante-lhes, tanto em termos da estabilidade no trabalho quanto do salário pago, especialmente entre aqueles que contam com mais de 30 anos, o que não impede, entretanto, que a maioria esteja satisfeita com suas rotinas profissionais. A porcentagem inferior do grupo de 40 a 50 anos provavelmente é reflexo do menor número de servidores dessa coorte quando comparados com as de 30 a 40 anos e de 50 a 60 anos.

Quando perguntados se deixariam o INSS se pudessem, isto é, se fosse-lhes dada uma opção, a maioria dos administrativos respondeu positivamente, concordando ao menos em parte com essa afirmação. A porcentagem dos servidores que discorda dessa frase não é desprezível e quando se faz a análise em função da faixa etária, o que se vê é que quem discorda mais veementemente são os servidores mais velhos, com mais de 50 anos, enquanto os que mais concordam são os de uma coorte mais jovem, entre 30 e 40 anos.

Embora não tenha sido perguntado, portanto faltem dados melhores, é possível conjecturar que os servidores mais antigos permanecem no INSS principalmente pela estabilidade, com vistas à aposentadoria, enquanto os mais jovens fazem-no pensando no salário. Embasando essa ilação está o fato de que os servidores mais idosos, de um modo muito nítido, são categoricamente contrários à saída da autarquia previdenciária se lhes fosse dada uma alternativa, enquanto os mais jovens concordam apenas parcialmente com isso, ou seja, considerariam trocar de emprego caso houvesse uma perspectiva de longo prazo satisfatória.

TABELA 9.12 – POSIÇÕES DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS SOBRE VÁRIOS ASPECTOS DE SEUS TRABALHOS NO INSS (EM %; N=2064)

QUESTÃO	CONCORDA EM PARTE OU TOTALMENTE	DISCORDA EM PARTE OU TOTALMENTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
O administrativo gosta do seu trabalho	78,2	19,5	3,82 ± 1,129	3,75 – 3,88
O administrativo deixaria o INSS se pudesse	56,2	37,2	3,25 ± 1,519	3,16 – 3,33
O administrativo permanece no INSS por causa do salário / estabilidade	79,7	17,1	3,82 ± 1,123	3,75 – 3,88

FONTE: o autor.

9.1.3. Ethos dos servidores administrativos a respeito da perícia médica previdenciária

À medida que o servidor administrativo tem mais tempo de casa ele convence-se mais de que o perito deve submeter-se administrativamente ao gerente da APS. Há uma tendência muito clara nesse sentido desde o grupo com menos de 1 ano no INSS até quem tem mais de 15 anos na autarquia e essa posição consolida-se de tal modo que quase 70% dos administrativos concordam totalmente com essa afirmação (mais de 90% considerando as concordâncias parcial e completa). Em outras palavras, apenas os servidores muito novos no INSS (com menos de 1 ano na autarquia) não percebem a submissão administrativa dos peritos como algo necessário.

TABELA 9.13 – POSIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS SOBRE OS DIFERENTES TIPOS DE HIERARQUIA ENVOLVENDO OS PERITOS MÉDICOS (EM %; N=1947)

QUESTÃO	CONCORDA EM PARTE OU TOTALMENTE	DISCORDA EM PARTE OU TOTALMENTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
O perito médico deve submeter-se administrativamente ao gerente da APS	84,5	11,0	4,42 ± 1,167	4,35 – 4,49
O perito médico deve submeter-se tecnicamente ao SST	85,7	8,0	4,54 ± 1,069	4,47 – 4,60

FONTE: o autor.

TABELA 9.14 – POSIÇÕES DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS SOBRE A SUBMISSÃO ADMINISTRATIVA DOS PERITOS MÉDICOS AO GERENTE DA APS EM FUNÇÃO DO TEMPO DO SERVIDOR ADMINISTRATIVO NO INSS (EM %; N=1947)

POSIÇÃO	TEMPO NO INSS				
	MENOS DE 1 ANO	1-5	6-10	11-15	MAIS DE 15
Concorda totalmente ou em parte	1,90	19,05	21,93	12,17	29,07
Discorda totalmente ou em parte	0,46	2,10	2,25	1,28	4,72
Média ± desvio-padrão	4,12 ± 1,415	4,48 ± 1,040	4,50 ± 1,104	4,54 ± 1,094	4,31 ± 1,272
Intervalo de confiança (99%)	3,64 – 4,60	4,34 – 4,60	4,36 – 4,62	4,34 – 4,70	4,18 – 4,43

FONTE: o autor.

Os servidores com até 5 anos no INSS sentem-se mais à vontade que os seus colegas mais antigos para questionar as decisões dos peritos. Esses servidores mais novos também tendem a relatar mais conflitos com seus colegas de categoria, especialmente os administrativos que têm menos de 1 ano na casa.

Esses administrativos mais antigos e mais velhos também são mais neutros que os mais jovens sobre a sua vontade de permanecer no INSS se fosse possível escolher entre ficar ou iniciar outra ocupação. Paradoxalmente, são os servidores com menos tempo na autarquia que disseram que um dos motivos de sua permanência no INSS é o salário e a estabilidade, o que seria esperado nos administrativos mais velhos e com mais tempo no funcionalismo público.

9.1.4. Demografia dos peritos médicos

Em relação à divisão sexual, a perícia médica é relativamente uniforme, havendo uma pequena maioria dos homens (54,4%) sobre as mulheres (44,7%). Tal divisão acompanha o perfil demográfico dos médicos no Brasil; em 2014, os médicos homens tinham uma pequena maioria (57,7%) em relação às médicas (42,5%) (CFM, 2015). O mesmo quadro de transição demográfica sexual dos médicos também é visto entre os médicos peritos do INSS, isto é, o número de mulheres tem aumentado paulatinamente e são maioria entre as faixas etárias mais

jovens, de até 40 anos. Os médicos mais velhos, com mais de 60 anos, são constituídos por homens em sua maioria.

TABELA 9.15 – DISTRIBUIÇÃO SEXUAL DOS PERITOS MÉDICOS (EM %; N=485)

SEXO	%
Homem	54,4
Mulher	44,7
Média ± desvio-padrão	1,46 ± 0,516
Intervalo de confiança de 99%	1,40 – 1,52

FONTE: o autor.

TABELA 9.16 – DISTRIBUIÇÃO DOS PERITOS MÉDICOS POR SEXO E POR FAIXA ETÁRIA (EM %; N=485)

SEXO	FAIXA ETÁRIA				
	25-30	31-40	41-50	51-60	MAIS DE 60
Homem	1,03	14,22	15,87	15,05	8,04
Mulher	0,82	15,67	17,31	9,48	1,44
Média ± desvio-padrão	1,44 ± 0,527	1,53 ± 0,514	1,52 ± 0,501	1,41 ± 0,527	1,15 ± 0,363
Intervalo de confiança (99%)	1,00 – 1,92	1,42 – 1,66	1,42 – 1,63	1,29 – 1,54	1,03 – 1,31

FONTE: o autor.

TABELA 9.17 – COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA EM FUNÇÃO DO SEXO ENTRE O CONJUNTO DOS MÉDICOS BRASILEIROS E A DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS (EM %; EM ANOS)

SEXO	FAIXA ETÁRIA									
	MENOS DE 30		31-40		41-50		51-60		MAIS DE 60	
	INSS	BRASIL	INSS	BRASIL	INSS	BRASIL	INSS	BRASIL	INSS*	BRASIL**
Homem	1,03	43,8	14,22	14,25	15,87	9,81	15,05	10,43	8,04	21,97
Mulher	0,82	56,2	15,67	12,96	17,31	8,68	9,48	7,57	1,44	5,23

FONTES: o autor e CFM (2015)¹⁶¹.

NOTAS:

* Este grupo inclui os servidores com idades variando entre 60 e 70 anos.

** Este grupo inclui médicos com idades maiores de 60 anos, incluindo os mais velhos que 70 anos.

¹⁶¹ É importante notar que as metodologias empregadas nesta tese e a do CFM diferem entre si; de tal sorte que os números citados são meramente comparativos.

O tempo de formatura é uma variável explicativa muito forte de aspectos demográficos dos peritos. Há mais peritos homens que peritas embora seja apenas uma pequena diferença. Os peritos com menos tempo de Medicina são os mais frequentes dentro do INSS, especialmente os que têm algum tempo de prática (entre 5 a 10 anos, seguidos pelos médicos formados entre 1 e 5 anos). Há poucos recém-formados e profissionais que atuam há mais de uma década.

A idade dos peritos, no entanto, não acompanha o tempo de formatura, como se poderia esperar. Como a imensa maioria dos peritos formou-se entre 1 a 10 anos, a faixa etária deveria girar entre 20 a 40 anos, assumindo que os médicos graduam-se depois de seis anos após o ingresso na escola médica, o que, por sua vez, dá-se no final da segunda década de vida. Por outro lado, a idade dos médicos descreve uma curva normal: o maior grupo é o de 40 a 50 anos seguido de perto pelos grupos de 30 a 40 anos e de 50 a 60 anos. Os grupos de 20 a 30 e mais de 60 anos são os menores, bem distantes das outras três faixas. Esse comportamento repete-se se se dividir o tempo de formatura pelos sexos. Embora nesse caso as diferenças das faixas etárias sejam menos pronunciadas.

Em termos comportamentais e valorativos, todas as faixas etárias são homogêneas.

TABELA 9.18 – FAIXAS ETÁRIAS DOS PERITOS MÉDICOS (EM %; N=485)

FAIXA ETÁRIA	%
De 25 a 30 anos	1,9
De 30 a 40 anos	30,1
De 40 a 50 anos	33,2
De 50 a 60 anos	24,9
Mais de 60 anos	9,5
Média ± desvio-padrão	3,11 ± 1,015
Intervalo de confiança de 99%	2,99 – 3,23

FONTE: o autor.

9.1.5. Peritos por SR

TABELA 9.19 – SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE LOTAÇÃO DOS PERITOS MÉDICOS (EM %; N=485)

SR	%
Nordeste	14,2
Norte / Centro-Oeste	13,4
Sudeste I	16,1
Sudeste II	23,7
Sul	30,3
Média ± desvio-padrão	3,53 ± 1,501
Intervalo de confiança de 99%	3,34 – 3,69

FONTE: o autor.

TABELA 9.20 – DIVISÃO SEXUAL DOS PERITOS MÉDICOS POR SR DE LOTAÇÃO (EM %; N=485)

SEXO	SR					
	NORDESTE	NORTE/CENTRO OESTE	SUDESTE I	SUDESTE II	SUL	DIREÇÃO CENTRAL
Homem	6,59	6,80	8,86	13,40	17,73	0,00
Mulher	7,62	6,59	7,01	9,89	12,57	0,00
Média ± desvio-padrão	1,54 ± 0,502	1,49 ± 0,504	1,46 ± 0,527	1,45 ± 0,534	1,41 ± 0,494	-
Intervalo de confiança (99%)	1,40 – 1,70	1,32 – 1,66	1,30 – 1,61	1,32 – 1,57	1,32 – 1,52	-

FONTE: o autor.

TABELA 9.21 – DISTRIBUIÇÃO DOS PERITOS MÉDICOS POR FAIXA ETÁRIA E POR SR DE LOTAÇÃO (EM %; N=485)

SR	FAIXA ETÁRIA					MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
	25-30	31-40	41-50	51-60	MAIS DE 60		
Nordeste	0,00	4,74	5,77	2,68	0,82	3,01 ± 0,947	2,71 – 3,30
Norte / Centro-Oeste	0,20	4,53	5,77	2,06	0,82	2,91 ± 0,897	2,62 – 3,22
Sudeste I	0,20	3,71	2,88	5,56	3,50	3,56 ± 1,146	3,23 – 3,92
Sudeste II	0,61	6,80	7,62	6,80	1,85	3,10 ± 0,994	2,87 – 3,336
Sul	0,82	9,48	10,72	7,42	1,85	3,00 ± 0,958	2,81 – 3,20
Direção Central	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-
Média ± desvio-padrão	4,11 ± 1,054	3,50 ± 1,572	3,40 ± 1,563	3,64 ± 1,360	3,59 ± 1,469	-	-
Intervalo de confiança (99%)	3,10 – 5,00	3,16 – 3,83	3,09 – 3,71	3,29 – 3,94	3,02 – 4,17	-	-

FONTE: o autor.

TABELA 9.22 – TEMPO DO PERITO NO INSS POR SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL

Tempo no INSS		Menos de 1 ano					1-5					6-10					11-15					Mais de 15 anos					Direção Central
SR		Nordeste	Norte / Centro-Oeste	Sudeste I	Sudeste II	Sul	Nordeste	Norte / Centro-Oeste	Sudeste I	Sudeste II	Sul	Nordeste	Norte / Centro-Oeste	Sudeste I	Sudeste II	Sul	Nordeste	Norte / Centro-Oeste	Sudeste I	Sudeste II	Sul	Nordeste	Norte / Centro-Oeste	Sudeste I	Sudeste II	Sul	Todos os períodos
SEXO	HOMEM	0	1	0	1	2	4	11	5	7	29	23	17	28	36	44	1	1	4	7	3	4	3	6	14	8	0
	MULHER	0	0	0	0	0	7	14	4	19	29	28	15	25	27	27	1	1	4	2	3	1	2	1	0	2	0
MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO		4,00 ± 1,414					3,78 ± 1,453					3,34 ± 1,533					3,68 ± 1,307					3,64 ± 1,480					0
INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)		2,00 – 5,00					3,46 – 4,12					3,12 – 3,60					3,04 – 4,37					3,05 – 4,20					0

FONTE: o autor.

TABELA 9.23 – FAIXA ETÁRIA DOS PERITOS POR SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL

SR	NORDESTE					NORTE / CENTRO-OESTE					SUDESTE I					SUDESTE II					SUL					DIREÇÃO CENTRAL			
	25-30	31-40	41-50	51-60	>60 ANOS	25-30	31-40	41-50	51-60	>60 ANOS	25-30	31-40	41-50	51-60	>60 ANOS	25-30	31-40	41-50	51-60	>60 ANOS	25-30	31-40	41-50	51-60	>60 ANOS		TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS		
SEXO																												HOMEM	
																												MULHER	
		0	8	14	7	2	0	12	13	4	4	1	7	5	16	14	1	15	17	24	8	3	26	28	20	9	0	0	
		0	15	14	6	2	1	10	15	6	0	0	11	9	11	3	2	18	20	7	1	1	20	24	16	0	0	0	
MÉDIA ± DESVIO-PADRAO		3,01 ± 0,947					2,91 ± 0,897					3,56 ± 1,146					3,10 ± 0,994					3,00 ± 0,958					0		
INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)		2,68 – 3,32					2,62 – 3,21					3,22 – 3,88					2,83 – 3,31					2,81 – 3,19					0		

FONTE: o autor.

TABELA 9.24 – DISTRIBUIÇÃO DOS PERITOS POR TEMPO DE FORMADOS EM MEDICINA (EM %; N=485)

MENOS DE 1 ANO	1-5	6-10	11-15	MAIS DE 15	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
0,0	2,1	7,4	24,5	65,8	4,55 ± 0,725	4,46 – 4,63

FONTE: o autor.

TABELA 9.25 – DISTRIBUIÇÃO SEXUAL DOS PERITOS MÉDICOS EM FUNÇÃO DO TEMPO DA FORMATURA EM MEDICINA (EM %; N=485)

SEXO	TEMPO DE FORMATURA					MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
	MENOS DE 1 ANO	1-5	6-10	11-15	MAIS DE 15		
HOMEM	0,0	0,82	3,71	11,75	38,14	4,60 ± 0,685	4,49 – 4,70
MULHER	0,0	1,23	3,71	12,57	27,21	4,47 ± 0,764	4,33 – 4,60
MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	-	1,60 ± 0,516	1,50 ± 0,507	1,53 ± 0,518	1,43 ± 0,508	-	-
INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)	-	1,20 – 2,00	1,30 – 1,71	1,41 – 1,66	1,36 – 1,50	-	-

FONTE: o autor.

TABELA 9.26 – DISTRIBUIÇÃO DOS PERITOS MÉDICOS POR TEMPO DE TRABALHO NO INSS (EM %; N=485)

MENOS DE 1 ANO	1-5	6-10	11-15	MAIS DE 15	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
0,8	27,4	56,9	5,8	9,1	2,95 ± 0,852	2,85 – 3,05

FONTE: o autor.

Os peritos veem positivamente a intervenção de seu supervisor médico para discutir condutas ou decisões concretas embora essa posição não seja unânime. Enquanto os que concordam com essa postura somam 60% dos médicos, dois terços desse grupo (40,9% de todas as respostas válidas) concordam apenas parcialmente, isto é, há momentos em que comentários de seus “superiores hierárquicos técnicos” é vista como intromissão indevida. Além disso, quase um terço (29,2%) de todos os peritos manifestou a sua contrariedade com essa atuação de seus colegas supervisores.

A intervenção dos colegas peritos que não têm nenhuma relação de superioridade hierárquica – seus “iguais” – é mais bem recebida pela imensa maioria

dos médicos: 90,4% concordam total ou parcialmente com o auxílio de outrem. Somente 2,9% são completamente contrários aos comentários de seus colegas.

TABELA 9.27 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE O RELACIONAMENTO COM COLEGAS PERITOS DO INSS (EM %; N=513)

QUESTÃO	CONCORDA EM PARTE E TOTALMENTE	DISCORDA EM PARTE E TOTALMENTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
Sente-se apoiado pelo supervisor pericial / SST quando é procurado para discutir uma conduta	61,8	29,2	3,50 ± 1,338	3,34 – 3,65
Sente-se apoiado pelo colega perito quando é procurado para discutir uma conduta	80,3	13,0	4,05 ± 1,068	3,93 – 4,17

FONTE: o autor.

A forma como encaram o questionamento feito pelos colegas, supervisores ou não, é um indicador indireto do conceito que os peritos têm de sua autonomia profissional. Quando perguntados diretamente a respeito sobre a sua autonomia profissional, o posicionamento dos peritos é mais claro: eles exercem sua autonomia por meio das decisões tomadas em cada perícia muito mais do que por meio do controle da duração de cada perícia ou do número de segurados avaliados. O questionamento do supervisor perito ou do SST põe em xeque a autonomia do perito.

Na verdade, o que é entendido por “autonomia profissional” relaciona-se primeiro à liberdade para tomar suas decisões em cada perícia (média de 4,55) e pela duração de cada perícia (média de 3,41) e, depois, pelo número de segurados atendidos diariamente. A capacidade de decidir sobre sua agenda de atendimentos é categoricamente afastada como a manifestação de sua liberdade profissional (média de 2,44).

TABELA 9.28 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE AS DIFERENTES MANIFESTAÇÕES DE SUA AUTONOMIA PROFISSIONAL (EM %; N=508)

MANIFESTAÇÃO DA AUTONOMIA	CONCORDA EM PARTE E TOTALMENTE	DISCORDA EM PARTE E TOTALMENTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
Decisão pericial	92,3	6,1	4,55 ± 0,847	4,45 – 4,64
Duração de cada perícia	62,5	33,9	3,41 ± 1,570	3,23 – 3,59
Número de segurados avaliados	33,6	60,7	2,44 ± 1,581	2,26 – 2,63

FONTE: o autor.

TABELA 9.29 – DISTRIBUIÇÃO DO POSICIONAMENTO DOS PERITOS SOBRE A SUA AUTONOMIA MANIFESTAR-SE COMO O CONTROLE DA DURAÇÃO DE CADA PERÍCIA, EM FUNÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO DOS PERITOS NO INSS (EM %; N=485)

A AUTONOMIA DO PERITO MANIFESTA-SE NO CONTROLE DA DURAÇÃO DE CADA PERÍCIA	TEMPO DE TRABALHO DOS PERITOS NO INSS					MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
	MENOS DE 1	1-5	6-10	11-15	MAIS DE 15		
Discorda totalmente	0,0	7,01	11,34	1,85	1,03	2,85 ± 0,772	2,68 – 3,06
Discorda em parte	0,0	4,74	6,39	0,20	1,44	2,87 ± 0,914	2,58 – 3,19
Não discorda nem concorda	0,0	0,41	1,64	0,20	0,41	3,23 ± 0,927	2,64 – 4,00
Concorda em parte	0,82	9,48	16,70	1,23	3,29	2,90 ± 0,926	2,68 – 3,10
Concorda totalmente	0,0	5,56	20,41	2,26	2,88	3,08 ± 0,788	2,92 – 3,25
Média ± desvio-padrão	4,00 ± 0,000	3,09 ± 1,559	3,52 ± 1,562	3,32 ± 1,765	3,61 ± 1,385	-	-
Intervalo de confiança (99%)	4,00 – 4,00	2,71 – 3,43	3,24 – 3,76	2,32 – 4,24	3,07 – 4,14	-	-

FONTE: o autor.

Se por um lado os peritos não veem o controle do número de atendimentos como uma expressão da sua autonomia, identificando-a mais com as suas decisões ou com a duração de cada perícia, por outro lado eles são muito claros ao manifestarem-se contrariamente a esse tipo de cobrança. Apenas uma minoria ínfima (4,7%) concorda totalmente com a obrigação do cumprimento de toda a agenda diária organizada pela autarquia. Quase a metade dos médicos (44,2%) é contrária a esse tipo de imposição do INSS em qualquer hipótese e um quarto deles

(26,0%) questiona esse tipo de produtividade embora entenda ser ao menos compreensível. Essa postura é mantida quando se faz a análise de variância por SR e por tempo de funcionalismo público, embora haja pequenas nuances (sem nível de significância estatística). Os peritos do Norte e Centro-Oeste são os que se posicionam mais contrariamente à cobrança do número de segurados ao passo que os de São Paulo, mesmo discordando, compreendem como sendo a atribuição da autarquia. O mesmo se dá em relação ao tempo de funcionalismo público: quanto mais tempo na autarquia, maior é tendência da aceitação a essa imposição, o que não significa afirmar que os peritos mais antigos concordem com isso.

A cobrança que a autarquia faz pela produtividade liga-se claramente associada à ação dos servidores administrativos e envolve tanto as perícias presenciais propriamente ditas quanto a realização de atividades extras, que são, aliás, ainda mais frequentes. No entanto, o fato de seus próprios colegas de APS exigirem o cumprimento de tarefas com as quais discordam não é motivo para que a convivência profissional entre os peritos e os servidores administrativos seja prejudicada, como sugerido pela elevada prevalência de peritos que afirmaram manter bom relacionamento com os administrativos da APS.

TABELA 9.30 – POSIÇÃO DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE COBRANÇAS NO AMBIENTE PROFISSIONAL (EM %)

ASPECTO QUESTIONADO	CONCORDO TOTALMENTE OU EM PARTE	DISCORDO TOTALMENTE OU EM PARTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
Sou cobrado para atender um número de segurados*	60,2	32,0	3,48 ± 1,578	3,30 – 3,67
Sou cobrado para fazer atividades extras*	68,9	26,5	3,70 ± 1,467	3,53 – 3,86
Tenho um bom relacionamento com meus colegas administrativos**	87,4	9,9	4,29 ± 0,980	4,17 – 4,40
Acho correto ser cobrado para atender certo número de segurados**	25,6	70,2	2,18 ± 1,344	2,02 – 2,33

FONTE: o autor.

NOTAS:

* n=507

** n=502

A imensa maioria (83,5%) dos peritos considera que a sua conduta profissional é mais fiscalizada e controlada dentro do INSS do que fora dele, o que envolve, além da obrigação de cumprir a agenda diária e de debruçar-se sobre processos não agendados, a vigilância sobre a eticidade de seu comportamento funcional. Entretanto, pouco menos da metade dos peritos (42,4%) reconhece submeter-se ao controle a respeito da moralidade de seus atos.

A posição dos peritos sobre o controle do número de atendimentos diários é complexa e aparentemente contraditória. Ao mesmo tempo em que esse controle não é visto como uma das formas do exercício da autonomia profissional por 60,7% (média 2,44) dos médicos – o que equivale a dizer que tal controle poderia ser relegado para ser exercido pela a autarquia –, por outro lado uma porcentagem muito semelhante de peritos (70,2% – média 2,18) não aceita ser cobrado para cumprir toda a agenda diária.

Essa situação paradoxal pode ser vista como uma ambiguidade, uma contradição, do *ethos* dos peritos, quem não aceitam ser controlados por algo que não consideram tão fundamental.

Entretanto, esse paradoxo deve ser compreendido de outro modo a partir de dois eixos distintos mas vinculados e interdependentes. O primeiro estabelece a hierarquia da autonomia do perito: o controle do conteúdo da atividade pericial é a manifestação por excelência da autonomia, seguida pela possibilidade de conduzir o ato pericial conforme achar conveniente (por meio da duração de cada avaliação) e, por último, pelo controle do número de requerentes atendidos. Pode-se entender esse eixo como a *doxa* da perícia, isto é, são os seus valores mais caros e em torno dos quais os médicos organizam-se e que são empregados para a disputa pelo capital simbólico no campo previdenciário.

O segundo eixo estrutura-se não mais em torno do “mérito” do ato pericial (para usar um termo tradicional da burocracia brasileira) mas em torno da sua “forma”, o que significa dizer em torno das manifestações concretas usadas pelos peritos de defesa de sua posição no campo previdenciário. Evidentemente as estratégias empregadas na disputa pelo capital simbólico coadunam-se com a *doxa* professada e defendida. Assim o MPF defende os “direitos difusos” por meio de ameaças e de ajuizamento de ações civis públicas e o CFM, alegando a defesa da eticidade das condutas dos médicos, publica resoluções e pareceres proibindo os

peritos de abrir mão do controle sobre o número de atendimentos diários. Terceira manifestação da autonomia pericial no eixo da *doxa*, o controle do número de segurados atendidos ocupa uma posição central nas disputas envolvendo todos os agentes do campo previdenciário.

A conexão entre o controle do número de segurados atendidos e a autonomia profissional é clara e compreensível. Em uma jornada de trabalho de 30 horas semanais (seis horas diárias¹⁶²), a diferença entre 18 e 24 agendamentos significa que cada perícia dura cinco minutos a menos (de 20 minutos passa-se para 15 minutos) para o atendimento de seis requerentes a mais; há um aumento de 33% de segurados para serem atendidos a intervalos 25% menores. A sobrecarga cognitiva, aliada à sobrecarga física, tem um preço desproporcionalmente elevado que se reflete em todos os agentes do campo, em uma cadeia de eventos descritos pormenorizadamente por Lipsky (1980) – mais vagas para as perícias médicas produzem maior demanda por esses serviços; a demanda aumentada pressiona a administração pública a ampliar o número de vagas de atendimento (mas não do número de servidores da linha de frente). O maior número de requerentes atendidos aumenta os benefícios concedidos, portanto os gastos públicos, obrigando a administração e os órgãos de controle a exercerem suas prerrogativas que visam, em última análise, a aumentar o rigor dos critérios concessórios e endurecer as suas regras. Apesar de que as associações recíprocas entre o número de perícias realizadas diariamente e a série de eventos que se lhe seguem possam não ser tão diretas (e seguramente não o são), essa descrição tem seu valor heurístico para a compreensão das disputas no campo previdenciário¹⁶³.

A maioria dos peritos (95%) considera que os segurados que percebem benefícios por incapacidade devem necessariamente contribuir para o tratamento da doença que motivou o afastamento do trabalho; desse total, a maioria (82,7%) também concorda totalmente com essa assertiva. Apenas uma minoria mínima (2,4% – 12 peritos) não entende que o segurado é responsável por seu tratamento e pela recuperação da sua capacidade para trabalhar.

¹⁶² Considerando o regime de atendimento em turno estendido, pelo qual as APSs funcionam continuamente por 12 horas diárias e os servidores dividem-se em turnos de 6 horas, mesmo que seus contratos sejam de 8 horas.

¹⁶³ O aprofundamento da compreensão das conexões mútuas entre esses diversos eventos pode ser deixado de lado em uma pesquisa sociológica voltada para a descrição de um campo social ainda mal explorado e um de seus agentes coletivos.

As condutas profissionais do perito médico em relação aos usuários do INSS são guiadas mais por aspectos legais e “biomédicos” do que “psicossociais”. Os peritos entendem que o tratamento de uma doença socialmente estigmatizante, como a hanseníase, não é motivo, por si só, para concluir que um segurado está incapaz para o trabalho. A explicação sobre dúvidas médicas da doença dos segurados (tais como o tratamento e o prognóstico) ou a discussão sobre problemas psíquicos ou sociais dos segurados de modo geral são evitadas pelos peritos, provavelmente porque são entendidas como atribuições dos médicos assistentes, ao contrário da avaliação sobre a capacidade para o trabalho, atividade específica do perito médico. Ainda assim, há um consenso no sentido de fazer o que for melhor para o segurado (o que é diferente de dizer que sua conduta pautar-se em sua vontade dele), preservando-lhes os direitos e cumprindo o que as normas e leis determinam. O perito também evita informar os segurados acerca das razões que motivaram a sua decisão pericial.

TABELA 9.31 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE DIFERENTES CONDUTAS TOMADAS NO COTIDIANO DO INSS (EM %)

CONDUTA PERICIAL CONSIDERADA	CONCORDO TOTALMENTE OU EM PARTE	DISCORDO TOTALMENTE OU EM PARTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
Uma doença estigmatizante é motivo bastante para a concessão do benefício (n=496)	20,7	75,0	1,94 ± 1,326	1,78 – 2,09
A preocupação do perito é cumprir as leis e as normas (n=495)	98,8	0,4	4,87 ± 0,409	4,82 – 4,92
O perito preocupa-se em fazer o que for melhor para o segurado (n=495)	65,0	25,6	3,63 ± 1,408	3,46 – 3,79
O perito preocupa-se em não ferir os direitos do segurado (n=495)	93,1	4,4	4,67 ± 0,814	4,57 – 4,76
O perito deve abordar questões psicossociais do segurado (n=495)	40,6	55,1	2,60 ± 1,441	2,44 – 2,77
O perito deve informar os motivos de sua decisão ao requerente (n=496)	34,8	61,7	2,39 ± 1,424	2,22 – 2,55
O perito pauta sua conduta na vontade do segurado (n=495)	5,6	91,1	1,39 ± 0,902	1,28 – 1,49
O segurado deve receber informações sobre sua doença por meio do perito (n=496)	29	68,3	2,22 ± 1,343	2,07 – 2,38

FONTE: o autor.

Embora não seja uma posição unânime, a maioria (64,1%) dos peritos vê com naturalidade a ocorrência de conflitos envolvendo-os e aos segurados, em parte porque estes não teriam uma compreensão correta das atribuições próprias dessa função. Quando questionados se as disputas envolvendo seus colegas administrativos, a perícia médica manifestou-se contrariamente à naturalização desse tipo de conflito, reafirmando o posicionamento anterior sobre o bom relacionamento com os administrativos da APS.

É interessante notar que a falta de compreensão sobre a função exercida pelo perito médico também é apontada como uma dificuldade no relacionamento entre os próprios peritos e seus colegas médicos responsáveis pela assistência dos segurados. Essa incompreensão, aliás, é praticamente uma unanimidade entre os peritos: nada menos que 92% deles consideram haver incompreensão por parte dos médicos assistentes.

TABELA 9.32 – POSIÇÃO DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE DIFERENTES ASPECTOS DE SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL DENTRO DO INSS (EM %; N=493)

	CONCORDO TOTALMENTE OU EM PARTE	DISCORDO TOTALMENTE OU EM PARTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
Conflitos entre peritos e segurados são normais	64,1	32,7	3,35 ± 1,454	3,18 – 3,52
Conflitos entre peritos e servidores administrativos são normais	14,4	83,6	1,68 ± 1,116	1,55 – 1,81
A atividade do perito não é compreendida pelos segurados	81,1	12,8	4,04 ± 1,140	3,91 – 4,18
A atividade do perito não é compreendida pelos médicos assistentes (n=488)	92,0	5,7	4,40 ± 0,835	4,31 – 4,50

FONTE: o autor.

Os peritos aceitam submeter-se à fiscalização dos órgãos federais de controle – notadamente o Ministério Público, Controladoria Geral da União e o Tribunal de Contas da União – conquanto esse aceite seja limitado e longe de ser unânime. De

fato, pouco mais da metade (58,8%) dos peritos manifestaram concordância com a afirmação “Os órgãos de controle, como o Ministério Público, a Auditoria e a Ouvidoria do INSS, cumprem o seu papel ao cobrarem e fiscalizarem o trabalho dos peritos médicos” e, desse percentual, três quartos (208 peritos de um total de 287) concordaram apenas parcialmente.

TABELA 9.33 – POSIÇÃO DOS PERITOS SOBRE A COBRANÇA EXERCIDA PELOS ÓRGÃOS DE CONTROLE SOBRE SUA ATIVIDADE (EM %; N=488)

	CONCORDO TOTALMENTE OU EM PARTE	DISCORDO TOTALMENTE OU EM PARTE	MÉDIA ± DESVIO- PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
Os órgãos de controle cumprem seu papel ao fiscalizarem os peritos	58,8	35,9	3,29 ± 1,393	3,13 – 3,46

FONTE: o autor.

Uma porcentagem significativa (25,8%) dos peritos já respondeu a queixas ou denúncias de segurados, seja na Ouvidoria do INSS ou na própria APS, seja no CRM ou junto ao MPF. A Ouvidoria do INSS foi o canal ou serviço de denúncia para o qual os peritos mais comumente precisaram manifestar-se, seguido por queixas feitas na própria APS e, em seguida, denúncias feitas contra o perito no CRM de sua jurisdição. A porcentagem dos peritos que optou por não informar se e onde teve que se defender de queixas de segurado é anormalmente elevada (12,5%), contrastando com as cifras dessa mesma resposta para outras questões (0,2% a 2,9%), sugerindo que as manifestações de insatisfação dos segurados são uma espécie de tabu.

Se por um lado 28,68% dos peritos já se viram às voltas com as queixas dos segurados, por outro, esses eventos ocorrem em uma frequência que pode ser considerada baixa – 95,23% dos peritos que responderam na Ouvidoria do INSS precisaram fazê-lo uma vez a cada 6 meses. A frequência e a porcentagem dos que responderam em outros serviços são ainda menores: 6,3% defenderam-se na Corregedoria do INSS (a sindicância ou a PAD) e 4,9% junto ao MPF; em ambas os casos as defesas ocorreram a cada 6 meses.

TABELA 9.34 – SERVIÇOS ONDE O PERITO JÁ RESPONDEU A QUEIXAS (EM %; N=488)

SERVIÇO	%
Ouvidoria do INSS	52,45
CRM	21,72
Ministério Público (Federal ou Estadual)	9,22
Gerência da APS	29,91
NQR	12,5

FONTE: o autor.

Os números das denúncias feitas contra peritos contrastam muito com a casuística de agressões contra os peritos, principalmente as verbais. No caso específico das agressões verbais, é incomum o perito nunca ter sido agredido; mais da metade (53,9%) ouve palavras desabonadoras dos segurados pelo menos uma vez a cada 6 meses. Além disso, agressões físicas, que atentam contra a integridade física do perito, são bem mais comuns do que se poderia imaginar: nada menos que 7,8% dos peritos informaram já terem sido agredidos fisicamente. Diante da quantidade de agressões relatadas pelos peritos, pode-se indagar o porquê de o número das queixas dos segurados não ser ainda mais comum.

Da mesma forma como a quantidade de queixas contra peritos na Ouvidoria do INSS não acompanha a frequência de agressões verbais relatadas, os peritos que sofrem as agressões não as registram nos vários canais disponíveis, como a própria Ouvidoria do INSS ou a Ouvidoria do Servidor (serviço oferecido pelo MPOG) – o máximo de peritos que registra alterações nesses sistemas não ultrapassa 3,7% se forem somados os quinhões daqueles que registram fatos todos os dias até os que o fazem a cada 6 meses. As visitas às polícias – civil e federal – são bem mais comuns, ocorrendo uma vez a cada 6 meses para até 12,5% dos peritos.

TABELA 9.35 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU SOFRI/RESPONDI AOS SEGUINTE EVENTOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA (EM %; N=488)

FREQUÊNCIA	EVENTO				
	DENÚNCIA NA OUIDORIA DO INSS	SINDICÂNCIA/PAD NA CORREGEDORIA DO INSS	REPRESENTAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO (FEDERAL OU ESTADUAL)	AGRESSÃO FÍSICA	AGRESSÃO VERBAL
Todos os dias	0	0	0	0	2,5
Uma vez por semana	0	0	0,2	0,2	5,9
Uma vez por mês	1,2	0,4	0,2	0,2	14,8
Uma vez a cada 6 meses	24,6	5,9	4,7	7,4	39,1
Nenhuma vez	71,3	91,2	92,4	89,5	35,9
NQR	2,9	2,5	2,5	2,7	1,8
Média ± desvio-padrão	4,76 ± 0,516	4,96 ± 0,314	4,97 ± 0,312	4,94 ± 0,352	4,06 ± 1,019
Intervalo de confiança (99%)	4,70 – 4,82	4,92 – 4,99	4,93 – 5,00	4,90 – 4,98	3,94 -4,17

FONTE: o autor.

TABELA 9.36 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU REGISTREI QUEIXAS NOS SEGUINTE ÓRGÃOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA (EM %; N=488)

FREQUÊNCIA	EVENTO			
	POLÍCIA FEDERAL	POLÍCIA CIVIL	OUIDORIA DO SERVIDOR	OUIDORIA DO INSS
Todos os dias	0	0	0	0
Uma vez por semana	0	0	0,2	0,2
Uma vez por mês	1,0	0,4	0	0,6
Uma vez a cada 6 meses	12,5	8,4	1,8	2,9
Nenhuma vez	83,8	88,7	95,7	94,1
NQR	2,7	2,5	2,3	2,3
Média ± desvio-padrão	4,88 ± 0,423	4,93 ± 0,347	5,00 ± 0,244	4,98 ± 0,306
Intervalo de confiança (99%)	4,83 – 4,93	4,89 – 4,97	4,97 – 5,03	4,94 – 5,01

FONTE: o autor.

Os desentendimentos dos peritos médicos com outros servidores são bastante comuns, especialmente com administrativos que não ocupam o cargo de gerência da APS; problemas com outros peritos também ocorrem amiúde. Um terço (34,6%) dos peritos relataram ter problemas com colegas administrativos ao menos uma vez nos últimos 6 meses; uma porcentagem um pouco menor (28,5%) discutiu com o gerente da sua APS, seguida por um grupo ainda menor (porém longe de ser desprezível – 23,6%) que teve problemas com outros médicos.

Esses números devem ser comparados com algumas respostas já mencionadas acima. Primeiro, os servidores administrativos costumam ter bons relacionamentos profissionais com os peritos com quem trabalham; a proporção de administrativos que afirmaram dar-se bem com os peritos (78%) é congruente com a parcela dos peritos que afirmaram não ter tido desentendimentos em nenhuma oportunidade com os administrativos (63,3%, subindo para 87,1% se se levar em conta os peritos que relataram ter problemas somente uma vez nos últimos 6 meses).

Em segundo lugar, a porcentagem de peritos que não se desentenderam nenhuma vez com os administrativos nos 6 meses precedentes é muito semelhante da porcentagem dos administrativos que afirmaram discordar da ocorrência natural de conflitos entre peritos médicos e funcionários administrativos (64,1%), além de ser não muito distante da porcentagem dos próprios administrativos que dizem dar-se bem com os médicos.

De modo semelhante, a parcela de peritos que afirma nunca ter tido problemas com os administrativos (63,3%) é estatisticamente idêntica¹⁶⁴ à dos administrativos que nunca tiveram problemas com os peritos (64,9%).

Em terceiro lugar, não parece haver uma relação clara entre os desentendimentos de peritos e administrativos e a ingerência dos administrativos sobre a conduta pericial, como visto acima ao se discutir a pergunta, feita para os funcionários administrativos, “Eu me sinto à vontade para questionar peritos médicos ou para exercer minha autoridade sobre eles”.

¹⁶⁴ Se aplicado o teste de Anova com $p < 0,01$.

TABELA 9.37 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU ENVOLVI-ME NOS SEGUINTE EVENTOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA (PERITOS EM RELAÇÃO AOS SEUS COLEGAS) (EM %; N=488)

FREQUÊNCIA	EVENTO		
	DESENTENDIMENTO COM ADMINISTRATIVOS	DESENTENDIMENTO COM PERITOS	DESENTENDIMENTO COM O GERENTE DA APS
Todos os dias	0,6	0,2	1,0
Uma vez por semana	2,0	1,0	2,3
Uma vez por mês	8,2	3,5	5,9
Uma vez a cada 6 meses	23,8	18,9	19,3
Nenhuma vez	63,3	73,8	69,1
Média ± desvio-padrão	4,53 ± 0,807	4,73 ± 0,638	4,60 ± 0,817
Intervalo de confiança (99%)	4,44 – 4,63	4,65 – 4,80	4,51 – 4,70

FONTE: o autor.

TABELA 9.38 – POSIÇÃO DOS DIFERENTES SERVIDORES DO INSS SOBRE VÁRIOS ASPECTOS DO RELACIONAMENTO ENTRE SI (EM %)

	Concordo totalmente ou em parte	Discordo totalmente ou em parte	Média ± desvio-padrão	Intervalo de confiança (99%)
O administrativo tem bom relacionamento com o perito*	78,0	11,5	4,14 ± 1,11	4,08 – 4,21
O perito tem bom relacionamento com o administrativo**	87,4	9,9	4,29 ± 0,98	4,17 – 4,40
O administrativo acha que conflitos com os peritos são naturais*	27,0	68,7	2,17 ± 1,438	2,09 – 2,26
O perito acha que conflitos com os administrativos são naturais***	14,4	83,6	1,68 ± 1,116	1,55 – 1,81

FONTE: o autor.

NOTAS:

* n=2016

** n=507

*** n=493

TABELA 9.39 – FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA DE VÁRIOS TIPOS DE EVENTOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES ENVOLVENDO DIFERENTES CATEGORIAS DE SERVIDORES DO INSS (EM %)

FREQUÊNCIA	EVENTO		
	DESENTENDIMENTO DO ADMINISTRATIVO COM O PERITO*	DESENTENDIMENTO DO PERITO COM O ADMINISTRATIVO**	DESENTENDIMENTO DO ADMINISTRATIVO COM SEGURADO***
Todos os dias	0,8	0,6	2,0
Uma vez por semana	3,4	2,0	6,0
Uma vez por mês	6,5	8,2	10,5
Uma vez a cada 6 meses	19,8	23,8	23,7
Nenhuma vez	64,9	63,3	50,8
Média ± desvio-padrão	4,58 ± 0,874	4,53 ± 0,807	4,36 ± 1,087
Intervalo de confiança (99%)	4,53 – 4,64	4,44 – 4,63	4,30 – 4,43

FONTE: o autor.

NOTAS:

* n=1947

** n=488

*** n=1973

A posição dos servidores administrativos em relação aos peritos médicos é diferente quando se faz a estratificação em função do local de atuação dentro da APS. Se por um lado, como visto acima, os dois grupos interagem profissionalmente bem, por outro lado os administrativos têm uma postura bastante crítica em relação aos colegas.

TABELA 9.40 – RESPOSTAS DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS À AFIRMAÇÃO “OS PERITOS SÃO INJUSTOS EM SUAS AVALIAÇÕES” (EM %; N=1973)

CONCORDA EM PARTE OU TOTALMENTE	DISCORDA EM PARTE OU TOTALMENTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
44,0	33,1	3,30 ± 1,325	3,23 – 3,38

FONTE: o autor.

TABELA 9.41 – DISTRIBUIÇÃO DO POSICIONAMENTO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS A RESPEITO DE CONSIDERAREM OS PERITOS MÉDICOS INJUSTOS EM SUAS AVALIAÇÕES POR TEMPO DE TRABALHO NO INSS (EM %; N=1973)

TEMPO DE SERVIÇO NO INSS	POSIÇÃO						MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE			
Menos de 1	0,10	0,96	0,55	0,81	0,05		3,42 ± 1,472	2,89 – 3,0
1-5	1,82	4,76	3,59	9,47	0,45		3,36 ± 1,318	3,18 – 3,52
6-10	2,02	6,58	3,64	9,93	0,55		3,24 ± 1,311	3,09 – 3,40
11-15	1,31	3,75	1,92	5,37	0,45		3,21 ± 1,339	3,00 – 3,42
Mais de 15 anos	2,88	8,81	4,66	15,66	0,91		3,33 ± 1,325	3,20 – 3,46

FONTE: o autor.

TABELA 9.42 – DISTRIBUIÇÃO DO POSICIONAMENTO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS A RESPEITO DE CONSIDERAREM OS PERITOS MÉDICOS INJUSTOS EM SUAS AVALIAÇÕES POR LOCAL DE ATUAÇÃO NA APS (EM %; N=1935)

ÁREA DE LOTAÇÃO	POSIÇÃO						MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE			
Gerente de APS / serviço	2,53	6,25	3,51	8,83	0,46		3,07 ± 1,267	2,90 – 3,23
Retaguarda	1,65	6,09	4,44	9,76	0,67		3,42 ± 1,369	3,27 – 3,59
Área fim junto da perícia médica	2,32	8,68	3,77	13,22	0,46		3,20 ± 1,248	3,07 – 3,34
Área fim sem relação com a perícia médica	1,13	2,53	1,86	5,58	0,62		3,50 ± 1,395	3,30 – 3,72
SR / Direção Central	0,25	0,41	0,31	1,13	0,10		3,43 ± 1,363	2,88 – 3,96

FONTE: o autor.

Tais achados são notáveis por dois motivos. Primeiro, porque, como se vê no gráfico acima, a opinião que os administrativos têm dos peritos não depende da área onde atuam, sendo aproximadamente a mesma estando o administrativo na

retaguarda ou na linha de frente, lado a lado com o médico ou em alguma outra atividade do nível de rua sem contato com os peritos. Em segundo lugar e relacionado com o motivo anterior, mesmo os servidores que trabalham mais próximos dos peritos médicos consideram-nos injustos em suas avaliações, acompanhando seus colegas de carreira. Assim, de modo muito contra-intuitivo, o administrativo que se mantém próximo do médico e, supostamente, conheceria melhor suas razões e seus motivos de concluir como conclui as perícias, não discorda categoricamente da afirmação de que eles são injustos. Na verdade, esse grupo de funcionários concorda até mais entusiasticamente que os demais, como visto quando se compara a resposta “concordo em parte” desses servidores com a dos que atuam distantes dos peritos (por exemplo, na retaguarda), isto é, embora não achem de modo categórico que os peritos sejam injustos, nem por isso têm-nos em mais alta conta que os outros administrativos. Da mesma forma, esses servidores próximos dos peritos não discordam mais que os demais sobre a afirmação de que os peritos seriam injustos em suas análises. Chama a atenção a posição assumida pelos gerentes de APS e chefes de seção, ordinariamente mais favoráveis aos peritos.

Quando se vê as médias das posições de cada um dos grupos de administrativos distingue-se com mais clareza esses dados. A média dos gerentes de APS e chefes de seção é mais favorável aos peritos que a dos demais (3,07, ou seja, é mais próxima de 1 do que de 5, tendo um desvio-padrão mais estreito que os outros grupos), enquanto os funcionários públicos da linha de frente que atuam com os peritos têm média maior (3,20).

TABELA 9.43 – POSIÇÕES DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS A RESPEITO DE O ADMINISTRATIVO CONSIDERAR NATURAL A OCORRÊNCIA DE CONFLITOS ENVOLVENDO-OS E AOS PERITOS MÉDICOS POR TEMPO DE SERVIÇO DO ADMINISTRATIVO DO INSS (EM %; N=2016)

TEMPO DE SERVIÇO NO INSS	POSIÇÃO						
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
Menos de 1	1,38	0,89	0,14	0,29	0,19	2,17 ± 1,443	1,74 – 2,70
1-5	10,96	4,51	0,96	4,26	1,04	2,14 ± 1,420	1,97 – 2,32
6-10	12,40	4,56	1,04	5,40	1,19	2,15 ± 1,389	2,00 – 2,30
11-15	7,58	2,33	0,14	2,52	1,04	2,10 ± 1,465	1,87 – 2,31
Mais de 15 anos	17,90	5,85	0,84	9,07	1,68	2,23 ± 1,460	2,09 – 2,36

FONTE: o autor.

TABELA 9.44 – POSIÇÕES DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS A RESPEITO DE O ADMINISTRATIVO CONSIDERAR NATURAL A OCORRÊNCIA DE CONFLITOS ENVOLVENDO-OS E AOS PERITOS MÉDICOS POR ÁREA DE LOTAÇÃO DO SERVIDOR ADMINISTRATIVO NA APS (EM %; N=1935)

ÁREA DE LOTAÇÃO	POSIÇÃO						
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
Gerente de APS / serviço	11,88	3,72	0,46	5,21	1,24	2,14 ± 1,421	1,95 – 2,33
Retaguarda	12,97	4,34	0,82	5,89	1,13	2,20 ± 1,463	2,04 – 2,36
Área fim junto da perícia médica	14,57	6,09	0,93	6,66	1,75	2,17 ± 1,381	2,01 – 2,32
Área fim sem relação com a perícia médica	7,39	2,27	0,41	2,37	0,41	2,05 ± 1,445	1,82 – 2,30
SR / Direção Central	1,13	0,56	0	0,46	0,36	2,26 ± 1,525	1,66 – 2,89

FONTE: o autor.

TABELA 9.45 – POSIÇÕES DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS A RESPEITO DE O SEGURADO TER RAZÃO AO QUEIXAR-SE DOS PERITOS POR ÁREA DE LOTAÇÃO DO SERVIDOR ADMINISTRATIVO NA APS (EM %; N=1935)

ÁREA DE LOTAÇÃO	POSIÇÃO						
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
Gerente de APS / serviço	0,62	5,01	0,87	13,07	2,89	3,58 ± 1,073	3,44 – 3,71
Retaguarda	0,67	4,44	1,34	15,24	3,25	3,71 ± 1,066	3,58 – 3,83
Área fim junto da perícia médica	1,44	5,47	1,08	17,98	3,97	3,59 ± 1,083	3,47 – 3,70
Área fim sem relação com a perícia médica	0,62	2,48	1,03	7,70	1,34	3,53 ± 1,075	3,36 – 3,70
SR / Direção Central	0,05	0,46	0,20	1,24	0,41	3,68 ± 1,105	3,26 – 4,10

FONTE: o autor.

TABELA 9.46 – POSIÇÕES DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS SOBRE APOIAR O SEGURADO EM VEZ DE O PERITO EM UMA SITUAÇÃO CONFLITUOSA DE AMBOS POR ÁREA DE LOTAÇÃO DO SERVIDOR ADMINISTRATIVO NA APS (EM %; N=1935)

ÁREA DE LOTAÇÃO	POSIÇÃO						
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	MÉDIA ± DESVIO-PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA (99%)
Gerente de APS / serviço	7,70	6,20	3,92	3,56	0,46	2,35 ± 1,327	2,20 – 2,52
Retaguarda	5,37	6,14	6,09	5,63	0,72	2,82 ± 1,406	2,66 – 2,97
Área fim junto da perícia médica	7,39	6,82	5,83	7,75	1,34	2,72 ± 1,355	2,58 – 2,87
Área fim sem relação com a perícia médica	3,20	3,20	2,94	2,79	0,36	2,72 ± 1,406	2,48 – 2,95
SR / Direção Central	0,77	0,46	0,31	0,67	0,10	2,66 ± 1,493	2,03 – 3,22

FONTE: o autor.

Esses dados permitem inferir a existência de um *ethos* do servidor administrativo a respeito dos peritos médicos que independe do local de lotação e

que pode ser resumido da seguinte maneira. O perito é injusto com o segurado, quem tem razão em queixar-se do perito; as relações profissionais entre os médicos e os demais servidores são razoavelmente boas mas a ocorrência de conflitos está longe de ser surpreendente ou inesperada. O fato de o servidor administrativo trabalhar junto do perito médico não modifica essa postura em favor do perito. Deve-se mencionar, no entanto, que há uma pequena tendência, nem sempre presente ou distinguível estatisticamente, no sentido de convergir para a “defesa” dos peritos quando o servidor administrativo exerce a função de gerente da APS.

9.2. Comparações entre peritos médicos e servidores administrativos

Não houve diferenças entre os administrativos e os peritos respondentes dos questionários no que diz respeito à composição sexual, à idade, à satisfação no trabalho, à permanência no INSS por causa da estabilidade/salário e da saída do INSS se fosse possível. No entanto, há diferenças na distribuição espacial entre peritos e administrativos: Nordeste e Norte / Centro-Oeste e Nordeste e Sudeste II têm $p < 0,001$; as outras combinações não têm diferenças. Em outras palavras, tal qual se deu em relação à representatividade das respostas dos servidores administrativos (isto é, as distribuições sexual e espacial dos administrativos que responderam à pesquisa refletem as distribuições informadas pelo INSS), a semelhança dos grupos de peritos e de administrativos em termos de sexuais e etários permite a comparação entre eles. Assim, o grupo dos servidores administrativos serve como grupo-controle nas variáveis aplicadas para peritos e administrativos.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa procurou investigar, em primeiro lugar, qual é e como se formam o sistema de valores e desenvolvem-se suas práticas – o seu *habitus* – dos peritos médicos previdenciários; em segundo lugar, pretendeu situar esse grupo dentro de uma determinada rede de relações sociais onde se disputam o que Bourdieu chamou de “capitais”. Por conta disso o campo previdenciário foi delimitado e fez-se algumas considerações sobre os outros agentes intervenientes.

Uma etapa fundamental da pesquisa foi o seu momento de empiria; com os questionários pode-se tencionar o discurso (*doxa*) e os valores (*ethos*) dos peritos (detalhados por critérios demográficos), comparando-os com os dos servidores administrativos.

Em todas as perguntas, com uma única e notável exceção, os peritos que preferiram calar a posicionar-se foram poucos e praticamente sem influência sobre as análises. Como mostrado no capítulo de resultados e discussão, as queixas e denúncias, habitualmente feitas pelos segurados, são um assunto sobre o qual os peritos preferem não comentar, mostrando a sua importância dentro do seu sistema de valores.

O relacionamento entre peritos médicos e os demais agentes coletivos do campo previdenciário pode ser compreendido em grande parte pelo *habitus* pericial. Assim, entender os conflitos entre esses agentes pressupõe o entendimento de alguns aspectos desse *habitus*, notadamente aqueles que são tencionados pelas demandas dos demais agentes.

O recrutamento do perito médico se dá por meio de concursos públicos; uma vez aprovado, o médico recém-admitido rapidamente inicia o processo de apropriação do *habitus* do perito, o que ocorre cotejando seus valores de médico assistente com a nova realidade com a qual toma contato, obrigando-o a distanciar-se dos valores aprendidos na graduação de Medicina.

Dentre as várias dimensões explicativas do papel da perícia médica no campo previdenciário, merecem atenção a responsabilidade de decidir quem deve receber o benefício previdenciário e por quanto tempo, avaliando o momento em que o cidadão será obrigado a abandonar o sustento provido pela previdência e voltar a

manter-se por seus próprios recursos no mercado de trabalho.

A forma institucionalizada das disputas entre os agentes do campo depende não apenas do *habitus* de cada agente como também da própria organização institucional de cada agente. O INSS instaura procedimentos disciplinares conduzidos e constituídos exclusivamente por servidores administrativos, ou seja, sem a participação dos seus pares peritos, e os segurados têm à sua disposição outros canais de pressão – a Ouvidoria da autarquia, o CRM e o MPF. A alegação para a abertura de processos administrativos disciplinares com frequência é alguma postura assumida pelo perito que colide o seu *ethos* com as expectativas da autarquia e dos segurados. Quando se pensa no que motiva um requerente a questionar o perito médico, essa colisão fica muito mais clara e evidente, pois a conclusão da análise pericial pode desagradar e frustrar os interesses do usuário do INSS de diversos modos.

A dupla natureza do perito médico previdenciário, primeiro médico e depois funcionário público com uma atribuição muito bem definida, impele-o a posicionar-se, necessariamente, do modo como o faz diante da própria autarquia que solicita seus serviços. Os conhecimentos exigidos para a avaliação da capacidade para o trabalho nos segurados adoentados – a compreensão sobre a etiopatologia das doenças, dos seus diagnósticos e dos tratamentos – constituem a base teórica de uma única profissão, qual seja, a Medicina. O protagonismo médico deve-se por duas razões; a primeira é a própria formação do médico, voltada para o desempenho das funções sociais que ele realmente desempenha. Em segundo lugar, há a previsão legal que protege a Medicina dos ataques de outras profissões e atividades quando elas buscam compartilhar atribuições eminentemente médicas (caso das perícias médicas previdenciárias).

A atuação do perito médico previdenciário como “burocrata de nível de rua” e como o “porteiro” do sistema dá-lhe algumas responsabilidades:

- representar o Estado quando “entrega” de fato a política pública ao cidadão;
- diferenciar os requerentes “caronistas” dos que são “não-caronistas”;
- avaliar quem faz jus ao benefício por incapacidade e
- coordenar os processos e os destinos dos cidadãos que recebem os

benefícios por incapacidade uma vez que estejam inseridos no sistema previdenciário, como a reabilitação profissional ou a aposentadoria por invalidez.

A importância do ato pericial não pode ser inferida a partir do seu quantitativo menor; até 60% dos benefícios concedidos dependem, de uma forma ou de outra, em algum momento do processo, da opinião do perito médico, apesar de que as avaliações periciais presenciais somam menos de 10% dos atendimentos com hora marcada diários.

Entre o final da década de 1990 e a metade da de 2000, o campo previdenciário passou a ser disputado pela perícia médica de modo decisivo por uma sucessão de fatos entre os quais merecem destaque a insuficiência relativa do número de peritos frente, a consequente terceirização da mão-de-obra pericial e o descontrole da concessão de benefícios por incapacidade que se lhe seguiu, finalmente resolvidos pela organização da carreira de perito médico previdenciário nos moldes atuais.

Se procurar-se isolar as diferenças entre o médico que faz perícias previdenciárias e o médico que atende os cidadãos antes de estes procurarem o seguro social, vê-se que, enquanto os médicos assistentes assumem o compromisso de fazerem o melhor que têm à sua disposição para buscar recuperar ou manter a saúde de seus pacientes, os médicos previdenciários concentram-se em cumprir regulamentos burocráticos. A relação de confiança entre o médico e o paciente, estabelecida desde a escolha (mais ou menos) voluntária do paciente é substituída por uma relação de desconfiança mútua entre um cidadão que busca obter benefícios que redundam, afinal, em dinheiro, e um representante do Estado que o recebe a partir dos princípios da impessoalidade, da eficiência e da imparcialidade. A integração entre o doente/segurado e o médico perito pode ser descrita como uma adaptação do processo da história natural das doenças, de Leavell e Clark (1976).

Esse esquema geral assume uma configuração própria, mais complexa, quando se passa do campo do cuidado à saúde para o campo previdenciário. Uma vez ultrapassadas as etapas de sinais e sintomas precoces, diagnóstico e início do trabalho, o segurado ingressa no sistema de seguro social. Nesse momento ocorrem dois fenômenos simultâneos: a noção de processo saúde-doença (do médico

assistente) cede seu lugar para o binômio capacidade/incapacidade, próprio da previdência social. Ao mesmo tempo, o requerente assume o papel do doente, com suas vantagens (afastamento do trabalho, percepção de um substituto do salário, desculpa para faltas etc.) e suas obrigações (contribuir ativamente para a sua recuperação, submeter-se a avaliações periódicas etc.).

No campo previdenciário, as vantagens desse papel sofrem um reforço, notadamente na percepção de um substituto do salário cuja duração é tão longa quanto mais duradouro seja o adoecimento. Nesse ponto, há uma diminuição do passo e a permanência na fase de tratamento, procrastinando a sua resolução habitualmente desejada (a estabilização clínica ou a cura) e sua consequência previdenciária, a cessação do benefício. Alguns fenômenos intercorrentes tornam esse processo mais complexo, como a judicialização do benefício e a busca pela eternização da incapacidade, fazendo regredir o processo saúde-doença-saúde permanecer no termo intermediário (doença).

À sociedade cabe averiguar o cumprimento dos requisitos das vantagens e fiscalizar as obrigações do segurado, encorajando-o a retornar ao trabalho. O exercício da fiscalização do Estado, conduzida pelo perito médico, rompe com as expectativas do segurado de poder aproveitar as vantagens de sua condição e de poder eximir-se de suas obrigações. Além disso, o perito força o processo para sua resolução, isto é, o retorno ao mundo do trabalho.

A interface relacional de peritos com outros colegas é multifacetada; de modo muito sucinto, pode ser descrita assim: os desentendimentos com servidores administrativos que não exercem cargo de chefia costumam ser mais comuns que com seus chefes de APS ou colegas peritos, acontecendo algumas vezes por ano para uma parcela considerável de médicos (ao redor de 1/3 dos respondentes). De um modo geral tanto os servidores administrativos quanto os peritos médicos afirmaram ter boas relações “inter-classes”, tendo problemas raramente. Além disso, ao redor de 2/3 dos servidores administrativos que responderam ao questionário afirmaram não ver como um fenômeno natural a ocorrência de conflitos entre si e os peritos médicos.

Um aspecto fundamental e que acompanha o que foi mencionado acima é a aparente inexistência de relação entre conflitos de peritos com administrativos e a ingerência que os administrativos porventura exercem sobre a atividade pericial.

Essa afirmação, no entanto, precisa ser confirmada por investigações específicas.

As respostas dadas pelos servidores administrativos permitem que o *ethos* do servidor administrativo comece a ser esboçado. Os valores dos administrativos, ao menos em relação aos seus colegas médicos, independem do local de lotação e podem ser resumidos nos seguintes tópicos:

- 1) os peritos devem submeter-se administrativamente aos gerentes das APS;
- 2) o SST regula apenas o conteúdo da atividade pericial e não os seus aspectos gerenciais, administrativos;
- 3) os peritos são injustos;
- 4) a percepção de que os peritos são injustos tem consequências práticas: os administrativos não defenderiam os peritos quando houvesse conflitos entre ambos;
- 5) a conclusão de que a existência de uma doença, por vezes com manifestações exuberantes, não provoca incapacidade para o trabalho não é bem compreendida pelos administrativos, mesmo os que trabalham todos os dias junto dos peritos. Essa postura é difundida entre todos os servidores administrativos, isto é, a todos os funcionários do INSS que não são peritos médicos e
- 6) as relações interpessoais entre os administrativos e os médicos são relativamente boas; no entanto, a ocorrência de conflitos está longe de ser surpreendente, mesmo entre os servidores que trabalham lado a lado com os médicos.

A falta de compreensão do que seja a perícia médica e das consequências sociais dessa atividade (como a diferença da relação médico-paciente existente entre perito e segurado) permeia inclusive os serviços de controle interno da autarquia (Ouvidoria, Corregedoria e Auditoria). Enquanto a Auditoria Interna conta com peritos médicos em seus quadros, a Ouvidoria e a Corregedoria são compostas exclusivamente por servidores administrativos que têm contato próximo com os segurados e são responsáveis pela análise das queixas contra os peritos. Em outras palavras, os servidores administrativos, cujo *ethos* é predominantemente contrário aos peritos, são muito mais influenciados pelas posições de segurados muitas vezes

contrariados do que pelas dos peritos.

O conjunto dos peritos médicos compreende a importância e é favorável aos mecanismos existentes voltados para auditoria e gestão da sua atividade, impostos pelos diversos órgãos de controle, dentro e fora da autarquia, como a CGU ou o TCU. Entretanto, os objetivos e procedimentos da fiscalização devem ser concordantes com as várias dimensões da sua autonomia pericial.

Em alguns aspectos demográficos, as diferentes categorias de servidores do INSS são bastante homogêneas. Quando se trata da distribuição sexual, das pirâmides etárias, da satisfação no trabalho e da motivação da permanência na autarquia, peritos médicos e servidores administrativos comportam-se praticamente da mesma forma. A mão-de-obra do INSS é composta por 88% de servidores administrativos e 12% de peritos médicos; o sexo feminino predomina tanto em termos globais (55,46%) quanto entre os administrativos (57,35%). Entre os peritos, predominam os homens (58,16%). A distribuição geográfica das duas categorias também é muito semelhante. As pequenas diferenças foram descritas ao longo do texto. As superintendências com mais servidores são as de São Paulo (SR Sudeste I) e as dos demais estados da região Sudeste (SR Sudeste II). Em seguida vêm as superintendências do Sul e do Nordeste e, por último, os estados do Norte e Centro-Oeste.

Algumas respostas iniciais foram dadas sobre os servidores administrativos; além de uma descrição demográfica sumária, sabe-se, entre outros aspectos, que eles procuram ter um bom relacionamento com os seus colegas médicos, que os peritos médicos devem integrar-se às rotinas do funcionamento da APS por meio de sua submissão funcional, representada, dentre outros modos, pela instrução processual “extra-agenda”. Não se sabe as razões de porque, para alguns servidores administrativos, os peritos médicos são injustos em suas decisões apesar de os dois grupos (peritos e administrativos) trabalharem juntos nos mesmos ambientes físicos e em diferentes momentos da análise dos mesmos requerimentos, e o que os levaria a apoiar os segurados em conflitos envolvendo segurados e peritos.

Sabe-se que, além disso, tal qual os peritos médicos, muitos servidores administrativos deixariam o INSS se tivessem uma outra ocupação que lhes garantisse os ganhos e a estabilidade empregatícia propiciados pelo serviço público.

O outro grande agente coletivo que disputa lugares dentro do campo previdenciário imediatamente com os peritos, os segurados da previdência social, é um grupo, por assim dizer, amorfo. A descrição demográfica dos segurados é insuficiente, apesar de facilmente obtível; é evidente que diferentes estratos têm expectativas diferentes do que podem obter dos peritos médicos e da previdência social. Seria interessante pôr à prova a validade de algumas das categorias discutidas nesta tese, como os caronistas e os míopes. Seria interessante discerni-los de outras classes analíticas, como os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos.

O posicionamento dos órgãos de controle e dos médicos assistentes ainda está por ser entendido, conquanto se saiba, por exemplo, que para o Ministério Público Federal a perícia médica do INSS é um dos seus alvos preferenciais de fiscalização. Entretanto, além do posicionamento oficial, voltado para a tentativa de normatizar-lhe a conduta e para a atuação como advogados de uma das partes (os segurados), pouco se sabe. A literatura jurisprudencial, apesar de ter seu interesse sociológico intrínseco, pouco informa sobre os mecanismos e objetivos do MPF no campo previdenciário.

Por outro lado, a fonte de recrutamento dos próprios peritos médicos – a comunidade médica em geral –, está longe de ser caracterizada cientificamente em relação aos peritos médicos. Essa falha é tão mais notável quando se percebe que inexistente uma cadeira de perícia médica no currículo da graduação em Medicina. Vários estudos já caracterizaram a prática médica brasileira – a sociologia médica é um campo vasto e é desnecessário mencionar textos específicos. Entrementes, faltam informações explicando, por exemplo, o que leva um médico assistente, que “não compreende a atividade do perito médico”, a tornar-se um servidor do INSS, apesar de ter ficado claro que os médicos que já estão no INSS permanecem motivados pela estabilidade e pelo salário, o que se percebe com mais nitidez à medida em que as coortes de peritos envelhecem.

As motivações do seleto grupo dos servidores públicos lotados na Direção Central, em Brasília, permaneceram incompreendidas. Embora seja lógico que seu recrutamento se dê a partir das extensas fileiras das cinco superintendências regionais, somando mais de 40.000 pessoas, e, portanto, o *ethos* original seja aproximadamente o mesmo dos demais, desconhece-se como esse *ethos* modifica-

se e em qual sentido as modificações dão-se. Infelizmente o pequeno número de respondentes da Direção Central impediu conclusões representativas desse grupo; para compreender os servidores lotados em Brasília seria preciso um estudo específico com desenho mais apropriado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, A.A.; OLIVEIRA, L.L.** s/d. Revolução de 1930. *In: CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, [s/d] Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro.* Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/acervo/dhbb>. Acesso em: 26.ago.2012.
- ABRÚCIO, F.L.** 2011. Três agendas, seus resultados e um desafio: balanço recente da administração pública federal brasileira. *Desigualdade & Diversidade*, dossiê especial, 2º semestre de 2011, p. 119-142.
- ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO.** 2010. *Laudo pericial de Fisioterapeuta não tem validade para concessão de benefício previdenciário por acidente de trabalho.* Disponível em: http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/149607. Acesso em: 23.jun.2014.
- ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO.** 2013. *Palestra Sistema de Conciliação Pré-Processual na Efetivação do Direito ao Benefício Previdenciário por Incapacidade/SICOP.* Brasília: Advocacia Geral da União. Disponível em: http://www.agu.gov.br/sistemas/site/TemplateImagemTextoThumb.aspx?idConteudo=246005&id_site=826. Acesso em 29.jan.2014.
- ALLENBECK, P; MASTEKAASA, A.** 2004. Causes of sickness absence: research approaches and explanatory models. *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 32, sup. 63, p. 36-43.
- ALMEIDA, A. B. S.** 2008. A Associação Brasileira de Medicina do Trabalho: *locus* do processo de constituição da especialidade Medicina do trabalho no Brasil da década de 1940. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 869-877.
- ALMEIDA, E.H.R.** s/d. A perícia médica previdenciária para a concessão de benefícios por incapacidade. Disponível em: http://www.abml-Medicinalegal.org.br/departamentos/pericia_medica_previdenciaria_concessao_beneficios.pdf. Acesso em: 07.abr.2014.
- ALMEIDA, E.H.R.** 2011. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. *Revista Bioética*, v. 19, n. 1, p. 277-298. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/618/637.

Acesso em: 11.set.2011.

ANSILIERO, G; PAIVA, L. H.; 2008. The recent evolution of social security coverage in Brazil. *International Social Security Review*, v. 61, n. 3, p. 1-28.

ANTUNES, J. L. F. 1998. *Medicina, leis e moral*. Pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930). São Paulo: UNESP.

ARON, R. 1981. *Dezoito lições sobre a sociedade industrial*. Lisboa: Martins Fontes/Editora UnB.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS PERITOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2015. “Somos contra a terceirização,” diz ministro da Previdência Social. Disponível em: <http://www2.anmp.org.br/?p=1135>. Acesso em: 26.out.2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS PERITOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2015a. Ofício 201/2015/ANMP, de 31 de agosto de 2015. Brasília: Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social. Disponível em: http://www2.anmp.org.br/wp-content/uploads/2015/09/OFICIO-201.2015.ANMP_ELISETE.pdf. Acesso em: 26.out.2015.

BALLARD, K. 2004. Illness Behavior. In: GABE, J.; BURY, M. & ELSTON, M. A. (eds.). *Key Concepts in Medical Sociology*. London: Sage.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. 2011. *Princípios de ética biomédica*, 2ª ed. São Paulo: Loyola.

BENDIX, R. 1952. Bureaucracy and the Problem of Power. In: MERTON, R. K.; GRAY, A. P.; HOCKEY, B. & SELVIN, H. C. (eds.). *Reader in Bureaucracy*. New York: Free.

BIRNBAUM, P. 1980. States, ideologies, and collective action in Western Europe. *International Social Science Journal*, v. 32, n. 4, p. 671-686.

BISCAIA, L. 2010. *Perfil epidemiológico de uma APS da Região Metropolitana de Curitiba*. Relatório de pesquisa. Curitiba: Instituto Nacional do Seguro Social.

BISCAIA, L. 2013. *Atestados médicos, médicos assistentes e benefícios previdenciários*. Curitiba: Conselho Regional de Medicina do Paraná. Disponível em: <http://goo.gl/8XlnDW>. Acesso em: 07.nov.2013.

BISCAIA, L. & BEGA, M.T.S. 2014. *Políticas públicas e path dependence: o caso da*

previdência social brasileira. Curitiba.

BISCAIA, L. & GALLO, B. G. 2013. *Perfil epidemiológico das APSs da GEX Curitiba*. Relatório de pesquisa. Curitiba: Instituto Nacional do Seguro Social.

BLOY, M. 2002. *The 1662 Settlement Act*. Disponível em: <http://www.victorianweb.org/history/poorlaw/settle.html>. Acesso em: 22.Jun.2014.

BOER, W. E. L.; BESSELING, J. J. M. & WILLEMS, J. H. B. M. 2007. Organization of Disability Evaluation in 15 Countries. *Pratiques et Organisation de Soins*, Paris, v. 38, n. 3, p. 205-217, juil.-sept.

BOFF, B.M.; LEITE, D.F.; AZAMBUJA, M.I.R. 2002. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 3, p. 337-342.

BOURDIEU, P. 1990. La domination masculine. *Actes de la recherche em sciences sociales*, Paris, v. 84, p. 2-31, sept.

BOURDIEU, P. 1995. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University.

BOURDIEU, P. 2000. *The rules of art – Genesis and structure of the literary field*. Stanford: Stanford University Press.

BOURDIEU, P. 2004. *Os usos sociais da ciência*. Por uma Sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP.

BOURDIEU, P. 2007. *A distinção*. Porto Alegre: Zouk.

BOURDIEU, P. 2008a. *Razões práticas*. Sobre a teoria da ação. 9ª ed. Campinas: Papirus.

BOURDIEU, P. 2008b. *A produção da crença*. Contribuição para uma economia dos bens simbólicos. 3ª ed. Porto Alegre: Zouk.

BOURDIEU, P. 2009. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense.

BOURDIEU, P. 2011a. *O poder simbólico*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

BOURDIEU, P. 2011b. *A economia das trocas simbólicas*. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva.

- BOURDIEU, P.** 2014. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J-C.; PASSERON, J-C.** 2010. *Ofício de sociólogo – metodologia da pesquisa na Sociologia*, 7^a. Petrópolis: Vozes.
- BOURDIEU, P. & EAGLETON, T.** 2006. *A doxa e a vida cotidiana: uma entrevista*. In: ZIZEK, S. (org.). *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. & FARAGE, S.** 1994. Rethinking the State: Genesis and Structure of the Bureaucratic Field. *Sociological Theory*, London, v. 12, n. 1, p. 1-18.
- BRASIL. JUSTIÇA FEDERAL. SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO SUL.** 2012. *Autos 5063948-33.2011.404.7100/RS – Sentença*. Disponível em: <http://goo.gl/GLGnPA>. Acesso em: 12.jan.2015.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS.** 1923. Decreto n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923. *CLBR*, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm. Acesso em: 15.mar.2014.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS.** 1932. Decreto n. 20.931, de 11 de janeiro de 1932. *CLBR PUB*, Rio de Janeiro, 31 de dezembro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm. Acesso em: 23.jun.2014.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS.** 1955. Lei n. 2.573, de 15 de agosto de 1955. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 19 de agosto. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L2573.htm. Acesso em: 15.mar.2014.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS.** 1960. Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960. *Diário Oficial da União*, Brasília, 05 de setembro. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L3807.htm. Acesso em: 15.mar.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 1968. Lei n. 5.431, de 03 de maio de 1968. *Diário Oficial da União*, Brasília, 06 de maio. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L5431.htm. Acesso em: 15.mar.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 1977. Lei n. 6.514, de 22 de dezembro de 1977. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 de dezembro. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm. Acesso em: 29.jan.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, de 05 de outubro de 1988. Brasília, 05 de outubro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 10.dez.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 1991a. Lei n. 8.212, de 24 de julho de 1991. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 de julho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8212compilado.htm. Acesso em: 10.dez.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 1991b. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 de julho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213compilado.htm. Acesso em: 10.dez.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 1998. Lei n. 9.620, de 02 de abril de 1998. *Diário Oficial da União*, Brasília, 03 de abril. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9620.htm. Acesso em: 15.mar.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 1999. Decreto n. 3.048, de 06 de maio. *Diário Oficial da União*, Brasília, 07 de maio. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acesso em:

20.mar.2016.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 2004. Lei n. 10.876, de 02 de junho de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, 03 de junho. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2004/10876.htm>. Acesso em: 25.mar.2011.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 2006. Decreto n. 5.844, de 13 de julho de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 de julho. Disponível em: <http://goo.gl/gzWlnH>. Acesso em: 11.jan.2015.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 2008. Lei complementar n. 128, de 19 de dezembro de 2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 de dezembro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp128.htm. Acesso em: 20.mar.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 2009. Lei n. 11.907, de 02 de fevereiro de 2009. *Diário Oficial da União*, Brasília, 02 de agosto. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/L11907.htm. Acesso em: 29.jan.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 2010. Lei n. 12.269, de 21 de junho de 2010. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 de junho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Lei/L12269.htm. Acesso em: 24.nov.2010.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 2011. Lei n. 12.470, de 31 de agosto de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, 01 de setembro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12470.htm. Acesso em: 20.mar.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 2013. Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013. *Diário*

Oficial da União, Brasília, 11 de julho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm. Acesso em: 23.jun.2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 2014. Medida provisória n. 664, de 30 de dezembro de 2014. *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 de dezembro. Disponível em: <http://goo.gl/9jbRQm>. Acesso em: 14.jan.2015.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS, 2015. Lei n. 13.135, de 17 de junho de 2015. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 de junho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13135.htm. Acesso em: 26.out.2015.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. 2016. Decreto n. 8.691, de 14 de março de 2016. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 de março. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8691.htm. Acesso em: 20.mar.2016.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPUBLICA. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. 2014. Portaria interministerial nº 1, de 27 de janeiro de 2014. *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 de agosto, seção 1, pp 2-6. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/indexpub.asp>. Acesso em 31.jan.2014.

BRESSER PEREIRA, LC. 2002. *Reforma do Estado para a cidadania – a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Editora 34/ENAP.

BRIGGS, A. 1961. The *Welfare State* in Historical Perspective. *European Journal of Sociology*, v. 2, n. 2, p. 221-258, December.

CAETANO, M. A-R. 2006. Reformas administrativas para minorar o peso fiscal da previdência social. *Texto para discussão n. 1.219*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <http://goo.gl/7b7jzS>. Acesso em: 24.abr.2014.

CAETANO, M. A-R. 2014. Previdência: desigualdade, incentivos e impactos fiscais. In: MONASTERIO, L. M.; NERI, M. C.; SOARES, S. S.D. (ed). *Brasil em*

desenvolvimento 2014: estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica aplicada. Disponível em: <http://goo.gl/yKogsg>. Acesso em: 09.dez.2014.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. 1938a. Decreto-Lei n. 579, de 30 de julho de 1938. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 30 de julho. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-579-30-julho-1938-350919-norma-pe.html>. Acesso em: 15.mar.2014.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. 1938b. Decreto-Lei n. 580, de 30 de julho de 1938. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 30 de julho. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-580-30-julho-1938-350924-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15.mar.2014.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. 1949. Decreto n. 26.778, de 14 de junho. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro: 14 de junho. Disponível em: <http://goo.gl/mJhsTr>. Acesso em: 14.jan.2015.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. 2014. *Reunião de audiência pública*. Arquivo sonoro, 09 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://goo.gl/4Xmq8m>. Acesso em: 05.jan.2015.

CARDOSO JUNIOR, J.C. 2014. Trabalho e Civilização. *Políticas sociais: acompanhamento e análise – BPS*, n. 22, p. 613-632. Disponível em: <http://goo.gl/z6zZFE>. Acesso em: 11.dez.2014.

CARNEIRO, S.A.M. 2011. *Saúde do servidor: uma questão para a gestão de pessoas*. Disponível em: <http://goo.gl/tnCgj8>. Acesso em: 07.abr.2014.

CARVALHO, J.M. 1997. Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. *Dados*, v. 40, n. 2. Disponível em: <http://goo.gl/ardZ9X>. Acesso em: 18.mar.2014.

CASTRO, J.A. 2012. Política social e desenvolvimento no Brasil. *Economia e Sociedade, Campinas*, v. 21, dezembro, p. 1011-1042. Disponível em: <http://goo.gl/SJOzYo>. Acesso em: 12.dez.2014.

CASTRO, C.; **D'ARAUJO**, M.C. 2002. *Dossiê Geisel*, 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES, 2015. *MPs 664 e 665 avançam na*

Câmara e acirram as pressões. Disponível em: <http://www.cutbrasil.org.br/site/mp-664-e-665-avancam-na-camara-e-causam-indignacao-entre-sindicalistas/>. Acesso em: 26.out.2015.

COELHO, E.C. 1999. *As profissões imperiais: Medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro – 1822-1930.* Rio de Janeiro: Record.

COHN, A. 2005. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. *In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. Saúde e democracia – história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 2008. Resolução n. 1851. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 de agosto, seção I, p. 256. Disponível em: <http://goo.gl/zLldRh>. Acesso em: 26.fev.2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 2009. Resolução n. 1931. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 de setembro, seção I, p. 90. Disponível em: <http://goo.gl/soogTq>. Acesso em: 18.mai.2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 2011. *Parecer n. 34.* Brasília: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <http://goo.gl/yvSt7u>. Acesso em: 11.jan.2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 2013. *Parecer n. 24.* Brasília: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <http://goo.gl/sNqQK5>. Acesso em 27.set.2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 2013a. Resolução n. 2.056. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 de novembro, seção I, p. 162-163. Disponível em: <http://goo.gl/dBzqEV>. Acesso em: 18.mai.2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 2013b. Resolução n. 2.057. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 de novembro, seção I, p. 165-171. Disponível em: <http://goo.gl/uvTOBP>. Acesso em: 18.mai.2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 2015. Demografia médica no Brasil – 2015. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=12>. Acesso em: 13.jan.2016.

- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA.** 2011. *100 maiores litigantes*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <http://goo.gl/TYkKah>. Acesso em 27.jan.2014.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.** 2009. Nota jurídica n. 13. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Disponível em: <http://goo.gl/hUPx3A>. Acesso em: 11.jan.2015.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ.** 2015. *Após recuo, Governo publica nova redação de decreto que recria o Cadastro de Especialistas*. Conselho Regional de Medicina do Paraná. Disponível em: <http://goo.gl/PNPrrO>. Acesso em 25.set.2015.
- CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO.** 2013. *Manual de processo administrativo disciplinar*. Brasília: Controladoria-Geral da União. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/GuiaPAD/Arquivos/ManualPAD.pdf>. Acesso em: 25.mar.2014.
- CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO.** 2013a. *Relatório de auditoria anual de contas*. Brasília: Controladoria Geral da União. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/relatorios-antigos/ra201305680>. Acesso em: 12.jan.2015.
- CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO.** 2014. *Relatório de auditoria anual de contas*. Brasília: Controladoria Geral da União. Disponível em: <http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/RA201406276>. Acesso em: 12.jan.2015.
- CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO.** 2015. *Relatório de avaliação da execução de programas de governo n. 42 – Pagamento de auxílio-doença previdenciário, auxílio-doença acidentário e auxílio-reclusão área rural e urbana*. Brasília: Controladoria Geral da União. Disponível em: http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/7348_%20RAv%2042.pdf. Acesso em: 21.out.2015.
- CROZIER, M.** 1981. *O fenômeno burocrático*. Brasília: UnB.
- CROZIER, M.** 2001. *Sociology of Bureaucracy*. In: SMELSER, N.J.; BALTES, P.B. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/>. Acesso em: 22.jun.14.

- D´ARAUJO, M.C.; CASTRO, C.** 1998. *Ernesto Geisel*, 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.
- DAWSON, G; TRAPP, R.G.** 2001. *Basic & Clinic Biostatistics*, 3rd. New York: McGraw-Hill.
- DEBIASI, M.; DUARTE, D.W.; STEFANI, S.D.; DUNCAN, B.B.** 2013. Bioestatística e epidemiologia clínica. *In: STEFANI, S.D. & BARROS, E. (org.). Clínica Médica – consulta rápida.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- DIAMOND, P.A.; MIRRELEES, J.A.** 1978. A model of social insurance with variable retirement. *Journal of Public Economics*, v. 10, p. 295-336.
- DIXON, J.** 2000. A global ranking of national social security systems. *International Social Security Association Review*, v. 53, n. 1, p. 109-122.
- DRAIBE, S.M.** 1994. As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-84. *In: SOARES, G.A.D.; D´ARAUJO, M.C. (ed). 21 anos de regime militar – balanços e perspectivas.* Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/6725>. Acesso em: 10.mai.2010.
- DURHAM, E.R.** 2010. A política educacional do governo Fernando Henrique Cardoso: uma visão comparada. *Novos estudos – CEBRAP*, n. 88, p. 153-179.
- ELIAS, N.** 1993. *O processo civilizador. V. 2: Formação do Estado e civilização.* Rio de Janeiro: Zahar.
- EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.** 2009. *Missão e visão da DATAPREV.* Disponível em: <http://portal.dataprev.gov.br/2009/08/28/missao-e-visao-da-dataprev/>. Acesso em: 06.ago.2012.
- EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.** 2013. *A virada da previdência social: como acabaram as filas nas portas das agências.* Brasília: Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Disponível em: <http://goo.gl/xlmnok>. Acesso em: 11.jan.2015.
- ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.** 2013. *Servidores Públicos Federais: Perfil – 2013.* Brasília: Escola Nacional de Administração Pública. Disponível em: <http://goo.gl/10RrHw>. Acesso em: 19.jan.2015.

- ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, 2015. Servidores públicos federais – perfil 2015. *ENAP Estudos*. Disponível em: http://www.enap.gov.br/images//150610_folder_estudos_enap_servidores_publicos_federais_perfil_2015.pdf, acesso em 16.set.2015.
- ESPAÑA. INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL**. 2008. *Tiempos estándar de incapacidad temporal*, 2ª ed. s/l: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Disponível em: <http://goo.gl/ARzibI>. Acesso em: 04.jun.2009.
- ESPING-ANDERSEN**, G. 1993. Orçamentos e democracia – O Estado-Providência em Espanha e Portugal, 1960-1986. *Análise Social*, v. XXVIII, n. 122, p. 589-606.
- ESPING-ANDERSEN**, G. 2011. *The three worlds of welfare capitalism*. Cornwall: Polity Press.
- FAUST, D.** 1995. The detection of deception. *Neurologic Clinics*, v. 13, n. 2, May.
- FALLETI**, T.G. 2010. Infiltrating the state: the evolution of health care reforms in Brazil: 1964-1988. In: MAHONEY, J & THELEN, K (ed). *Explaining institutional change – ambiguity, agency, and power*. Cambridge: Cambridge University Press.
- FELDSTEIN**, M. 1974. Social security, induced retirement, and aggregate capital accumulation. *Journal of Political Economy*, v. 82, n. 5, p. 905-926, sep. – oct.
- FERREIRA NETO**, F.P.L. 2014. *Entrevista a Leonardo Biscaia em 13.mar*.
- FONSECA**, P.C.D.; **MONTEIRO**, S.M.M. 2005. Credibilidade e populismo no Brasil: a política econômica dos governos Vargas e Goulart. *Revista Brasileira de Economia*, v. 59, n. 2, p. 215-243, abr/jun.
- FREIDSON**, E. 2008. *Profissão médica*. Um estudo de Sociologia do Conhecimento aplicado. São Paulo: UNESP.
- FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO**. 2012. *Sobre a consulta pública nº 1, de 30 de março de 2012 do INSS*. Disponível em: <http://goo.gl/IDwEzw>. Acesso em: 11.jan.2015.
- FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO**. 2013. *Proposta de diretrizes para uma política de Reabilitação*

professional. Disponível em: <http://goo.gl/5smuoq>. Acesso em: 10.ago.2014.

GAMBETTA, D; ORIGGI, G. 2013. The LL game: The curious preference for low quality and its norms. *Politics, Philosophy & Economics*, v. 12, n. 1, p. 3–23.

GERSCHMAN, S. 2004. *A democracia inconclusa – um estudo da reforma sanitária brasileira*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

GIBBON, E. 2012. *Declínio e queda do Império Romano*. São Paulo: Companhia de Bolso.

GIDDENS, A. 1991. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp.

GOMES, A.C. 2002. O “Ministério da Revolução” de 1964: previdência e assistência sociais no governo Geisel. In: CASTRO, C.; D’ARAUJO, M.C. (org.). *Dossiê Geisel*, 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

GUILLEMARD, A.-M. 2001. Welfare. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com>. Acesso em: 25.jun.2014.

GÜNTHER, H. 2003. Como elaborar um questionário. *Série Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais*, n. 1. Brasília: UnB.

HANKS, WF. 2005. Pierre Bourdieu and the Practices of Language. *Annual Review of Anthropology*, v. 34, p. 67-83.

HOCHMAN, G. 2006. Previdência e assistência social nos anuários estatísticos do Brasil. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, *Estatísticas do século XX*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/seculoxx.pdf>. Acesso em: 25.ago.2012.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C.M.O. 1999. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-1945. In: PANDOLFI, D. (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro : Editora Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: http://cpdoc.fgv.br/producao_intelectual/arq/142.pdf. Acesso em: 25.ago.2012.

HOGGETT, P. 2005. A service to the public: the containment of ethical and moral conflicts by public bureaucracies. In: DU GAY, P. *The values of bureaucracy*. New York: Oxford University Press.

IMMERGUT, E.M. 2001. Western Europe studies: health. In: SMELSER, N.J.;

BALTES, P.B. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/>. Acesso em: 22.jun.14.

INSTITUTO NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 1983. *Normas técnicas para avaliação de incapacidade*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional da Previdência Social.

INSTITUTO NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 1990. *Ordem de serviço INPS/SSP 62.9*, de 02 de fevereiro de 1990. Brasília: Instituto Nacional da Previdência Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 1990. *Resolução de serviço INSS/PR n. 01*, de 04 de julho de 1990. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 1993a. *Manual do médico-perito da previdência social*. 3ª ed. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 1993b. *Ordem de serviço INSS/DSS n. 308*, de 24 de setembro de 1993. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 1996. *Memorando Circular Coordenação Geral de Serviços Previdenciários nº 12*, de 03 de setembro de 1996. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 1998. *Resolução INSS/PR n. 651*, de 17 de novembro de 1998. Brasília: Instituto Nacional da Previdência Social. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-PR/1998/651.htm>. Acesso em: 17.mar.2014.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2001. *Memorando-circular Dirben n. 59*, de 7 de dezembro de 2001. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2002. *Resolução INSS/DC n.101*, de 03 de setembro de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, 04 de setembro. Disponível em: <http://goo.gl/WiKafk>. Acesso em: 16.abr.2015.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2004. *Resolução INSS/DC n. 161*, de 22 de junho de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 de junho. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/>. Acesso em: 16.abr.2015.

- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2005. *Orientação Interna INSS/DIRBEN n. 130*, de 13 de outubro de 2005. Brasília : Instituto Nacional do Seguro Social. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/>. Acesso em: 29.mai.2012.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2008. *Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Ortopedia e Traumatologia*. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2009. *INSS em números – junho/2009*. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2009a. *Expansão da rede: 60% das 720 agências previstas serão abertas no primeiro semestre de 2010*. Disponível em: <http://goo.gl/fPBn5J> . Acesso em 15.abr.2014.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2009b. *Memorando-circular conjunto Dirben-Dirsat-Dirat n. 27*, de 03 de novembro de 2009. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2009c. *Memorando-circular Dirben n. 42*, de 27 de agosto de 2009. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2010a. *Memorando-Circular Conjunto Dirben-Dirsat-Dirat nº 36*, de 19 de julho de 2010. Brasília: Instituto Nacional da Previdência Social.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2010b. *Instrução Normativa da Presidência do INSS n. 45*, de 06 de agosto de 2010. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2010c. *Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Psiquiatria*. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2010d. *Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica – Parte I*. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.** 2011. *Resolução Presidente INSS n. 150*, de 22 de julho de 2011 – Aprova o Manual de Fluxo de Atendimento.

Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2011a. *Saúde INSS 2011 – Uma Análise da Situação de Saúde dos Servidores do INSS*. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social. Disponível em: <http://goo.gl/gfucVt>. Acesso em: 12.jan.2015.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2012. *Memorando-Circular Conjunto Dirsat-DGP n. 4*, de 30 de novembro de 2012. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2012a. *Aprovada no Senado, FUNPRESP segue para sanção presidencial*. Disponível em: <http://blog.previdencia.gov.br/?p=1663>. Acesso em: 20.ago.2012.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2012b. *Histórico da Previdência*. Disponível em: <http://previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=64>. Acesso em: 03.ago.2012.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2012c. Resolução Pres n. 192, de 10 de abril de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 de abril. Disponível em: <http://goo.gl/ko8COE>. Acesso em 11.jan.2015.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2012d. Memorando-circular conjunto DGP-Dirsat-PFR n. 11, de 19 de dezembro de 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2012e. *Tempo estimado para recuperação da capacidade funcional baseado em evidências*. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/4_120404-104514-005.pdf. Acesso em: 11.mar.2015.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2012f. Resolução Pres n. 177, de 15 de fevereiro de 2012 *Diário Oficial da União*, Brasília, 17 de fevereiro. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-PRES/2012/177.htm>. Acesso em: 26.out.2015.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2013. *Modelo da avaliação da capacidade laboral e do nexó técnico previdenciário*. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2013a. Instrução Normativa Pres n.

64, de 31 de janeiro de 2013. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1º de fevereiro.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2013b. *Memorando-circular conjunto Dirsat/Dirben/Dirat/Dirofl/DGP/PFE n. 05*, de 03 de junho de 2013. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2013c. *INSS em números – Boletim Estatístico Gerencial. Ano V, dezembro/2013*. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2013d. *Despacho decisório Dirsat n. 01*, de 18 de novembro de 2013. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2014. *Sala de monitoramento – PEX – Relatório Gerencial*. Disponível em: <http://www-sala/sala/atendimento/index>. Acesso em: 15.abr.2014.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2014a. *Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica – parte II, HIV/aids, tuberculose e hanseníase*. Brasília: Instituto Nacional de Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2014b. *Reunião técnica dos peritos médicos previdenciários da Gerência Executiva do INSS em Curitiba*. Realizada em 30.mai. Curitiba: Instituto Nacional de Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2014c. *INSS em números – boletim estatístico gerencial – Outubro/2014*. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social. Disponível em: <http://goo.gl/deMGKW>. Acesso em: 11.dez.2014.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2014d. *Memorando-circular conjunto Dirben-Dirat n. 7*, de 18 de março de 2014. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2014e. *Relatório da Versão PRISMA 9.5 – 29/12/2014*. Disponível em: <http://www-inss.intraprev>. Acesso em: 05.jan.2015.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2014f. *Manual de Gestão do Serviço/Seção de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2014g. *Servidores de SST: capacitação em breve.* Disponível em: <http://www-inss.prevnet/>. Acesso em: 03.out.2014.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2015. *Auxílio-doença previdenciário.* Disponível em: <http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/145>. Acesso em: 07.jan.2015.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2015a. *Lista de procedimentos realizados pela perícia médica previdenciária.* Disponível em: http://www-santos3/pericia/equi_lis.php. Acesso em: 25.set.2015.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. 2015b. *Estudo sobre o perfil e a lotação dos servidores do INSS.* Disponível em: www-inss.prevnet. Acesso em: 06.mai.2015.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2015c. *Memorando-circular conjunto Dirofl-Dirat n. 15,* de 8 de outubro de 2015. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social. Disponível em: www-inss.prevnet/. Acesso em: 09.out.2015.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2016. Instrução Normativa Pres. n. 85, de 18 de fevereiro de 2016. *Diário Oficial da União,* Brasília, 19 de fevereiro.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. 2011. *Políticas sociais: acompanhamento e análise,* n. 19. Disponível em: <http://goo.gl/Pp4y9I>. Acesso em: 20.ago.2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise,* n. 22. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <http://goo.gl/eT1gyB>. Acesso em: 11.dez.2014.

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION. S/d. *Social security: a fundamental human right.* Disponível em: <https://www.issa.int/topics/understanding/introduction>. Acesso em: 22.abr.2015.

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION. 2012. *Social security country profiles – France.* Disponível em: <http://goo.gl/32sTRp>. Acesso em: 15.Jun.2014.

- INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION.** 2012a. Return-to-work programmes: supporting health and employability. *Social Highlight*, n. 22. Disponível em: www.issa.int. Acesso em: 11.Jul.14.
- JORGE, R.M.; JORGE, B.M.** 2011. Simulação em lombalgia: diagnóstico e prevalência. *Acta Ortopédica Brasileira*, v. 19, n. 4, p. 181-183.
- JUDGE, T.A.; MARTOCCHIO, J.J.** 1996. Dispositional influences on attributions concerning absenteeism. *Journal of Management*, v. 22, n. 6, p. 837-861.
- KEMPER, S.** 2001. Practice: Anthropological Aspects. In: SMELSER, N. J. & BALTES, P. B. (eds.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Philadelphia: Elsevier.
- KOLMAR, M.** 2007. Beveridge versus Bismarck public-pension systems in integrated markets. *Regional Science and Urban Economics*, v. 37, p. 649-669.
- KÜHN, H.** 2001. Pecuniary issues in medical services: ethical aspects. In: SMELSER, N. J. & BALTES, P. B. (eds.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Philadelphia: Elsevier.
- KUIVALAINEN, S; NIEMELÄ, M.** 2010. From universalism to selectivism: the ideational turn of the anti-poverty policies in Finland. *Journal of European Social Policy*, v. 20, n. 3, p. 263-276. Disponível em: <http://esp.sagepub.com/cgi/content/abstract/20/3/263>. Acesso em: 28.Jun.2010.
- LACERDA, G. B.** 2010. *O momento comtiano: república e política no pensamento de Augusto Comte*. Florianópolis. Tese (Doutorado em Sociologia Política). Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PSOP0369-T.pdf>. Acesso em: 11.fev.2014.
- LAMONT, M.** 2001. Symbolic Boundaries: Overview. In: SMELSER, N. J. & BALTES, P. B. (eds.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Philadelphia: Elsevier.
- LEAVELL, H. R. & CLARK, E. G.** 1976. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.
- LÉVI-STRAUSS, C. & ERIBON, D.** 2005. *De perto e de longe*. São Paulo: Cosacnaify.

- LEVINSON, W; GINSBURG, S; HAFFERTY, F.W.; LUCEY C.R.** 2014. *Understanding Medical Professionalism*. Disponível em: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1058&Sectionid=59867082>. Acesso em: 18.Abr.2015.
- LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M.** 2004. *Saúde e Democracia. história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- LIMA FILHO, J.C.** 2014. *Entrevista a Leonardo Biscaia em 18.mar*.
- LIPSET, S. M.** 1952. Bureaucracy and Social Change. In: MERTON, R. K.; GRAY, A. P.; HOCKEY, B. & SELVIN, H. C. (eds.). *Reader in Bureaucracy*. New York: Free.
- LIPSKY, M.** 1980. *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- LUCAS, R.W.C.** 2012. *Campo de atuação do profissional Fisioterapeuta Perito*. Disponível em: <http://goo.gl/CCVUpU>. Acesso em: 23.jun.2014.
- MAIA, J.** 1944. *Provas mentais na seleção dos servidores públicos. A colaboração do INEP na seleção dos servidores públicos*. Disponível em: <http://rbep.inep.gov.br/index.php/RBEP/article/viewFile/1706/1330>. Acesso em: 17.abr.2013.
- MARGOLIS, J.** 2000. Pierre Bourdieu: Habitus and the Logic of Practice. In: SHUSTERMAN, R. (ed.). *Bourdieu – A Critical Reader*. Padstow: Blackwell.
- MARSHALL, T. H.** 1967a. Cidadania e classe social. In: MARSHALL, T.H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MARSHALL, T.H.** 1967b. O Estado do bem estar social – um estudo comparativo. In: MARSHALL, T.H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro : Zahar.
- MARTINS, L.** s/d. Verbete Estado Novo. In: CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro*. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/acervo/dhbb>. Acesso em: 26.ago.2012.
- MATTOS, C.M.; BONFIN, V.; SCHLINDWEIN, V.L.D.C.;** 2012. Um estudo do adoecimento psíquico entre os servidores públicos do Instituto Nacional de

Seguridade Social/INSS de Rondônia. In: *Anais do I Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada: Sofrimento Psíquico*. Disponível em: <http://www.ppi.uem.br/eventos/artigos/24.pdf>. Acesso em 17.dez.2012.

MECHANIC, D. 1966. The sociology of Medicine: viewpoints and perspectives. *Journal of Health and Human Behavior*, v. 7, n. 4, p. 237-24, Winter.

MECHANIC, D. & **VOLKART**, E. H. 1960. Illness Behavior and Medical Diagnoses. *Journal of Health and Human Behavior*, v. 1, n. 2, p. 86-94, Summer.

MENDANHA, M.H. 2013. *Fisioterapeuta como “perito médico”*: um ato criminoso? Disponível em: <http://goo.gl/Be8hEq>. Acesso em: 23.jun.2014.

MERTON, R. K. 1949. *On Sociological Theories of the Middle Range*. Disponível em: <http://goo.gl/hxIRq5>. Acesso em: 30.ago.2013.

MESA-LAGO, C. 1985. El desarrollo de la Seguridad Social em America Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Disponível em: <http://goo.gl/Ls2EIT>. Acesso em: 28.Jan.2013.

MESA-LAGO, C. 2006. As reformas de previdência na América Latina e seus impactos nos princípios de seguridade social. *Coleção Previdência Social*, v. 23. Brasília: Ministério da Previdência Social.

MESA-LAGO, C; **MÜLLER**, K; 2003. Política e reforma da previdência na América Latina. In: COELHO, V.S.P. (org). *A reforma da previdência social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

MEYER, J.W.; **ROWAN**, B. 1977. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, v. 83, n. 2, p. 340-363, September. Disponível em: <http://goo.gl/Mqvz9t>. Acesso em: 05.jan.2015.

MEYERS, M.K.; **VORSANGER**, S. 2003. Street-Level bureaucrats and the implementation of public policy. In: PETERS, B.G.; PIERRE, J. *Handbook of Public Administration*. SAGE Publications. Disponível em: http://sage-reference.com/hdbk_pubadmin/Article_n19.html. Acesso em: 30.out.2012.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA. 2013. *Boletim estatístico de pessoal e informações organizacionais*, v. 18, n. 212, dezembro. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <http://goo.gl/5KL39O>. Acesso em:

19.jan.2015.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. 2014. *Concursos – autorizações e provimentos.* Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/editoria.asp?p=editoria&index=63>. Acesso em: 15.abr.2014.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2015. *Boletim Estatístico de Pessoal e Informações Organizacionais*, n. 229, maio. Disponível em: <http://goo.gl/iZXAvQ>. Acesso em: 28.set.2015.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. s/d. Mapa estratégico do MPS. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/4_100922-115740-750.pdf. Acesso em: 26.dez.2014.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2006. Portaria n. 359, de 31 de agosto de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1º de setembro. Disponível em: <http://goo.gl/9myCQ7>. Acesso em: 11.jan.2015.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2006a. *A profissionalização da gestão na previdência social.* Brasília: Ministério da Previdência Social. Disponível em: <http://goo.gl/gHGSlu>. Acesso em: 11.jan.2015.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2008. *Anuário Estatístico da Previdência Social – Suplemento Histórico (1980 a 2008).* Disponível em: http://previdencia.gov.br/arquivos/compressed/3_100531-133431-508.zip. Acesso em: 06.ago.2012.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2011. *Perícias: Presidente do INSS apresenta nova metodologia ao CNPS.* Brasília: Ministério da Previdência Social. Disponível em <http://goo.gl/vduH50>. Acesso em 22.mai.2011.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2012. *Previdência social*, v. 2, n.2. Brasília: Ministério da Previdência Social.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2012a. Portaria Secretaria Executiva n. 1.474, de 07 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, 9 de dezembro. Brasília, 09 de dezembro. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/MPS-SE/2012/1474.htm>. Acesso em: 07.jan.2015.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2014. Conselho Nacional de Previdência Social – CNPS. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/orgaos-colegiados/conselho-nacional-de-previdencia-social-cnps/>. Acesso em: 10.dez.2014.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2014a. *Boletim estatístico da Previdência Social* – Região Sul – Setembro 2014. Brasília: Ministério da Previdência Social. Disponível em: <http://goo.gl/94pm6i>. Acesso em: 12.dez.2014.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2014b. *Boletim estatístico da Previdência Social*, v. 19, n. 1. Disponível em : <http://goo.gl/EdZZKw>. Acesso em: 12.dez.2014.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2015. *Organograma do MPS* Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_120118-085612-605.pdf. Acesso em: 07.jan.2015.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 2015a. *Organograma do INSS.* Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/photo/1_130625-104030-910.png. Acesso em: 07.jan.2015.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DO ORÇAMENTO, PLANEJAMENTO E GESTÃO. 2012. Portaria interministerial n. 323, de 11 de julho. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 de julho. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/65/MPS-MTE-MS-MOG/2012/323.htm>. Acesso em: 10.agosto.2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA REGULAÇÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE. 2010. *Nota técnica n. 73*, de 29 de janeiro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://goo.gl/wb1Plk>. Acesso em: 12.jan.2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. S/d. *Grupo de Trabalho Previdência e Assistência Social.* Brasília: Ministério Público Federal. Disponível em: <http://goo.gl/rhJYIK>. Acesso em: 11.jan.2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. 2013. *Relatório de atividades – resumo executivo*. Brasília: Ministério Público Federal. Disponível em: <http://goo.gl/TLYPVS>. Acesso em: 11.jan.2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. 2010. *Enunciados*. Brasília: Ministério Público Federal. Disponível em: <http://goo.gl/Wh1t9h>. Acesso em: 11.jan.2015.

MOON, J.D. 2004. The political theory of the Welfare State. *In: GAUS, G.F.; KUKATHAS, C. Handbook of Political Theory*. SAGE. Disponível em: http://sage-ereference.com/view/hdbk_poltheory/SAGE.xml. Acesso em: 09.nov.2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781848608139>.

NAKAHODO, S.N.; SAVOIA, J.R.; 2008. A reforma da previdência no Brasil – estudo comparativo dos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 66, p. 45-58.

NOGUEIRA, A.J.F.M.; 2013. *Relações de trabalho no setor público*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: http://www4.pucsp.br/eitt/downloads/III_Ciclo_Arnaldo_Nogueira.pdf. Acesso em: 22.nov.2013.

NOKES, S.E.; NOKES, B. J. 2012. Medical-legal issues regarding patients with low back pain. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, v. 39, n. 3, p. 573-585, September. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2012.06.012>. Acesso em: 14.Ago.2014.

OFFE, C. 1984. A democracia partidária competitiva e o ‘Welfare State’ keynesiano – fatores de estabilidade e desorganização. *In: OFFE, C. Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Funpresp é aprovado pelo Senado em votação simbólica. 2012. *O Globo*, Rio de Janeiro, 20.ago. Disponível em: <http://goo.gl/A2CvsN>. Acesso em: 20.ago.2012.

OLIVEIRA, F. 2011. *Crítica à razão dualista – O ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo.

OLIVEIRA, F.E.B. & BELTRÃO, K.I. 1995. Previdência social: co-gestão pública e privada. *In: VELLOSO, J.P.R.; ALBUQUERQUE, R.C.; KNOOP, J. (ed.) Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade*. Rio de

Janeiro: INAE/ILDES.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. 2012. *Social security for all – building social protection floors and comprehensive social security systems.* International Labor Organization: Geneva. Disponível em: <https://www.issa.int/details?uuid=a3dc9c07-e059-413e-93ec-5f49eb0d6ccd>. Acesso em: 22.abr.2015.

ORTIZ, M.C.M. 1986. A perícia psicológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 6, n.1, p. 26-30. Disponível em: <http://goo.gl/7OgCc2>. Acesso em: 23.jun.2014.

PARSONS, T. 1951. *The Social System.* London: Free.

PEREIRA NETO, A.F. 2009. *Ser médico no Brasil – O presente no passado.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

PERIDO.MED. 2012. *Memorando 42 – os gráficos não mentem, mas assessores mentem.* Disponível em: <http://www.perito.med.br/2012/11/memo-42-os-graficos-nao-mentem-mas.html>. Acesso em: 09.mai.2015.

PERITO.MED. 2013a. *Aposentômetro.* Disponível em: <http://www.perito.med.br/p/aposentometro.html>. Acesso em: 05.set.2013.

PERITO.MED. 2013b. *Exonerômetro.* Disponível em: <http://www.perito.med.br/p/exonerometro.html>. Acesso em: 05.set.2013.

PETERS, G. 2013. Explanation, Understanding and Determinism in Pierre Bourdieu's Sociology. *History of the Human Sciences*, London, v. 27, n. 1, p. 124-149, Sept.

PIRES, J.M. 2010. Desenvolvimentismo versus liberalismo econômico no período populista e o gasto público social. *Economia e Sociedade*, v. 19, n. 3 (40), p. 529-556, dez.

POLANYI, K. 2000. *A grande transformação – as origens da nossa época.* Rio de Janeiro: Elsevier.

RADCLIFFE-BROWN, A. R. 2013. *Estrutura e função na sociedade primitiva.* 2ª ed. Petrópolis: Vozes.

RAMOS, G. 2013. *Garranchos.* Textos inéditos de Graciliano Ramos. São Paulo: Record.

- REIS, R.J.; UTZET, M.; LA ROCCA, P.F.; NEDEL, F.B.; MARTÍN, M.; NAVARRO, A.** 2011. Previous sick leave as a predictor of subsequent ones. *Int Arch Occup Environ Health*, v. 84, p. 491–499. DOI: 10.1007/s00420-011-0620-0.
- RENARD, G.** 1918. *Guilds in the Middle Ages*. London: G Bell and Sons. Disponível em: <https://archive.org/details/cu31924030086064>. Acesso em: 02.Out.2013.
- REVILLA, M.A.; SARIS, W.E.; KROSNICK, J.A.** 2014. Choosing the number of categories in agree-disagree scales. *Sociological Methods & Research*, v. 43, n. 1, p. 73-97.
- ROGERS, R.** 1984. Towards an empirical model of malingering and deception. *Behavioral Sciences and the Law*, v. 2, n. 1, p. 93-111.
- ROGERS, R.** 1990. Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of American Academy of Psychiatry of Law*, v. 18, n. 3, p. 323-333.
- ROSANVALLON, P.** 1998. *A nova questão social*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela.
- ROUSSEFF, D.** 2014. *Mensagem da presidenta da república, Dilma Rousseff, por ocasião do dia do servidor público*. Mensagem eletrônica enviada em 28.out. Disponível em: <http://goo.gl/UtlAf7>. Acesso em: 29.out.2014.
- RUMSEY, D.** 2014. *Estatística II – para leigos*. Rio de Janeiro: Altabooks.
- SANDERS, K.; NAUTA, A.** 2004. Social cohesiveness and absenteeism: the relationship between characteristics of employees and short-term absenteeism within an organization. *Small Group Research*, v. 35, p. 724.
- SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D. & MENEZES, P. R.** 2011. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, June 4th. Disponível em: <http://goo.gl/S9y8dZ>. Acesso em: 29.abr.2011.
- SCHMITTER, P.** 1997. Perspectivas da democracia no mundo contemporâneo: mais liberal, pré-liberal ou pós-liberal? In: GERSCHMAN, S; VIANA, M.L.W. (org.). *A miragem da pós-modernidade – democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8fmv5/03>. Acesso em: 23.jul.2014.

- SCHWARZER, H.; QUIRINO, A.C.** 2002. Benefícios sociais e pobreza: programas não contributivos da seguridade social brasileira. *Texto para discussão* n. 929. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Disponível em: <http://goo.gl/X75oGB>. Acesso em: 24.mar.2014.
- SEGURA-UBIERGO, A.** 2007. *The political economy of the Welfare State in Latin America – globalization, democracy, and development*. Cambridge: Cambridge.
- SELZNICK, P.** 1943. An approach to a theory of bureaucracy. *American Sociological Review*, v. 8, n. 1, p. 47-54, February.
- SENADO FEDERAL. SUBSECRETARIA DE INFORMAÇÕES.** 1934. Decreto n. 24.615, de 09 de julho de 1934. *Diário Oficial*, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://goo.gl/TywDnu>. Acesso em: 15.mar.2014.
- SHAPIRO, I.** 2007. *Los fundamentos morales de la política*. Ciudad de México: El Colegio de México.
- SHESHINSKI, E.** 1978. A model of social security and retirement decisions. *Journal of Public Economics*, v. 10, p. 337-360.
- SIANO, A.K.; RIBEIRO, L.C.; SANTIAGO, A.E.; RIBEIRO, M.S.** 2008. Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora – Minas Gerais. *HU Revista*, v. 34, n. 4, p. 235-242, outubro-dezembro.
- SIANO, A.K.; RIBEIRO, L.C.; SANTIAGO, A.E.; RIBEIRO, M.S.** 2011. Influência de alterações normativas da Previdência Social sobre o perfil de concessão de auxílio-doença relativo a transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.4, p. 2189-2198.
- SILVA, E.P.; PEIXOTO, F.L.; COUTINHO, P.M.; CONSTANZI, R.N.** 2014. O perfil dos beneficiários do regime geral da previdência social (RGPS). In: MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Informe da Previdência Social*, v. 26, n. 2, fevereiro. Disponível em: <http://goo.gl/BTP9sS>. Acesso em: 23.jul.2014.
- SÖDERBERG, E. & ALEXANDERSON, K.** 2005. Gatekeepers in Sickness Insurance: A Systematic Review of the Literature On Practices of Social Insurance Officers. *Health and Social Care in the Community*, v. 13, n. 3, p.

211-223.

SOUZA, L. 2015. Governo terá dificuldade com MP que restringe direitos trabalhistas. Folha de São Paulo, 26 de maio de 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2015/05/1634051-governo-tera-dificuldade-para-aprovar-mp-diz-petista.shtml>. Acesso em: 26.out.2015.

STEPHENS, M.B. 2008. Physical Activity in Adolescents. *In*: SOUTH-PAUL, J.E.; MATHENY, S.C.; LEWIS, E.L. (ed.). *CURRENT Diagnosis & Treatment in Family Medicine*, 2nd ed. New York: McGraw-Hill.

STRAUSS, A.L.; **FAGERHAUGH**, S.; **SUCZEK**, B.; **WIENER**, C. 1997. *Social organization of medical work* – with a new introduction by Anselm L. Strauss. New Brunswick: Transaction Publishers.

SWEDISH COUNCIL ON HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, 2004. SBU summary and conclusions. *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 32, suppl. 63.

THOMAS, L. 2000. Mais velha e mais sábia: a economia dos sistemas previdenciários. *Coleção Previdência Social*, v. 4. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social. Disponível em: <http://goo.gl/SoTiHk>. Acesso em: 19.abr.2013.

TITMUSS, R. 1958. *Essays on the Welfare State*. London: Allen & Unwin.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIAO. 2009. *Auditoria operacional no Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC)*. Brasília: Tribunal de Contas da União. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D92792C014D9281665B473E>. Acesso em: 21.out.2015.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. 2010. *Relatório de auditoria operacional – concessão e manutenção dos benefícios do auxílio-doença*. Brasília: Tribunal de Contas da União. Disponível em: <http://goo.gl/MrVPeO>. Acesso em: 16.abr.2015.

UGÁ, M.A.D.; **MARQUES**, R.M. 2005. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. *In*: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. *Saúde e democracia – história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro:

Fiocruz.

- UNITED KINGDOM. DEPARTMENT FOR WORK AND PENSIONS.** 2014. *Decision makers' guide*: Vol 1: Decision making and appeals. Disponível em: <http://goo.gl/9QLpdi>. Acesso em: 17.ago.2014.
- VÄÄNÄNEN, A.; TORDERA, N; KIVIMÄKI, M.; KOUVONEN, A.; PENTTI, J.; LINNA, A.; VAHTERA, J.** 2008. The role of work group in individual sickness absence behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 49, p. 452.
- VAN DER VEEN, R; VAN DER BRUG, W.** 2013. Three Worlds of Social Insurance: On the Validity of Esping Andersen's Welfare Regime Dimensions. *British Journal of Political Science*, v. 43, n. 2, April, p. 323-343.
- VAN LEEUWEN, M.H.D.** 2012. Guilds and middle-class welfare, 1550–1800: provisions for burial, sickness, old age, and widowhood. *Economic History Review*, v. 65, n. 1, p. 61–90.
- VERTHEIN, M. A. R. & MINAYO-GÓMEZ, C.** 2001. As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatrização das LER. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 6, n. 2, p. 457-470.
- VIERHAUS, R.** 2001. History of Absolutism. In: SMELSER, N.J.; BALTES, P.B. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Disponível em: <http://goo.gl/U8mnn7>. Acesso em: 22.Jun.14.
- WACQUANT, L.** 2007. Esclarecer o *habitus*. *Educação & Linguagem*, ano 10, n. 16, p. 63-71.
- WALKER, R.** 2005. *Social security and welfare – Concepts and comparisons*. Glasgow: Open University Press.
- WEBER, M.** 1982. Burocracia. In: GERTH, H. H. & WRIGTH MILLS, C. (orgs.). *Sociologia de Weber*. 5ª ed. Rio de Janeiro: LTC.
- WEFFORT, F.C.** 1972. Origens do sindicalismo populista no Brasil (a conjuntura do pós-guerra). *Estudos CEBRAP*. Disponível em: <http://www.cebrap.org.br/>. Acesso em: 06.fev.2013.
- WHYTE, W. F.** 2005. *Sociedade de esquina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- WILENSKI, H.L.; LEBEAUX, C.N.** 1968. *Industrial society and social welfare*. New

York: Free.

WILLIAMSON, J. 1992. Reformas políticas na América Latina na década de 80. *Revista de Economia Política*, v. 12, n. 1, janeiro-março.

ZUBA, M.F.S. 2009. Perícia previdenciária. *In*: EPIPHANIO, E.B. & VILELA, J.R.P.X. (ed.). *Perícias médicas – teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS

Prezado colega servidor do INSS

Este questionário faz parte da minha tese de doutorado em Sociologia que curso na UFPR e que investiga como se dão as relações de poder e de conflito envolvendo os peritos médicos do INSS e os servidores administrativos da autarquia. Sou servidor do INSS, perito médico, lotado na Gex Curitiba. O meu correio pessoal é doutoradoleonardo@gmail.com; o meu correio do INSS é leonardo.lacerda@inss.gov.br. O meu telefone institucional é (41) 3616-9435.

Este questionário é anônimo e seus resultados não têm nenhuma vinculação institucional com o INSS. Você não tem nenhuma obrigação de respondê-lo mas suas respostas são muito importantes. Você é livre para interromper o seu preenchimento em qualquer etapa.

Este questionário visa a compreender um pouco melhor o que os servidores administrativos pensam sobre a sua atividade e sobre o seu relacionamento com os peritos médicos. Embora haja vários estudos sobre a Previdência e sobre a população que o INSS atende, praticamente não há estudos sobre como se dá o relacionamento entre os diversos grupos de servidores do INSS.

Fiz o questionário tão sucinto quanto foi possível mas ele exige aproximadamente 15 minutos para ser completado, então peço que você tenha um pouco de paciência e disponha de um pouco do seu tempo. Todas as perguntas são dirigidas para você, individualmente, e gostaria que você as respondesse da melhor maneira possível, com sinceridade. Para tornar o questionário fácil de ser preenchido e de ser analisado, as respostas variam desde “discordo totalmente” até “concordo totalmente”, havendo ainda a opção “não sei” ou “não quero responder”, conforme o caso. Algumas poucas perguntas apresentam escalas numéricas ou categóricas. Além disso, tentei organizar as perguntas em uma seqüência lógica que não confundisse quem as responder.

1. Eu li e entendi o texto acima e concordo em participar da pesquisa¹⁶⁵.
2. Considero ser apoiado (em vez de fiscalizado ou questionado) quando o meu supervisor de APS/SST procura-me para conversar sobre alguma conduta minha.
3. Considero ser apoiado (em vez de fiscalizado ou questionado) quando um colega perito médico procura-me para conversar sobre alguma conduta minha.
4. Acho que a minha autonomia de perito se manifesta pelo meu controle sobre o número de segurados atendidos diariamente.
5. Acho que a minha autonomia de perito se manifesta pelo meu controle sobre a duração de cada perícia médica.
6. Acho que a minha autonomia de perito se manifesta nas minhas decisões médico-periciais.
7. Dentro do INSS, considero-me primeiro médico e depois perito/burocrata.
8. Acho correta a cobrança que o INSS faz da minha produtividade em termos de número de segurados atendidos.
9. Eu tenho um bom relacionamento com os servidores administrativos.
10. Os servidores administrativos cobram-me que eu faça pelo menos um determinado número de perícias diárias.
11. Eu sou cobrado pelos servidores administrativos para realizar atividades “extras”, como recursos, perícias de encaixe, majorações de 25%, isenção do imposto de renda etc.
12. O controle que o INSS faz da minha atividade visa a aspectos éticos e comportamentais além dos técnicos.
13. O controle sobre a minha atividade dentro do INSS é maior do que aquele a que sou submetido na prática assistencial.

¹⁶⁵ Esta questão, como todas as demais, deveria ser preenchida obrigatoriamente; somente quem respondesse “sim” avançaria no questionário. O respondente que respondesse “não” era dirigido para uma página de agradecimento e de fechamento do questionário.

14. Eu acho que o segurado que percebe benefício do INSS deveria tratar-se (ou contribuir ativamente para a sua recuperação).
15. Eu concederia um benefício por incapacidade (isto é, espécies B31 ou B91) para um segurado acometido de uma doença estigmatizante mesmo que ele não esteja incapacitado para o trabalho.
16. Eu acho que devo dar informações ao segurado sobre a sua doença (como diagnóstico, evolução, tratamento, nexos da doença com o trabalho etc.).
17. Eu acho que devo informar ao segurado as razões da minha decisão pericial.
18. Eu acho que devo abordar com o segurado as suas questões psicossociais.
19. Permaneço no INSS por causa da remuneração e da estabilidade.
20. Preocupo-me em fazer o que for o melhor para o requerente/segurado.
21. Preocupo-me em fazer o que seja mais correto em termos de legislação e normas.
22. Preocupo-me em compreender o que o requerente/segurado demanda, focando a decisão pericial na vontade dele.
23. Preocupo-me em tomar uma decisão que não fira direitos do requerente/segurado.
24. Eu acho natural a existência de conflitos entre peritos e os segurados do INSS.
25. Eu acho natural a existência de conflitos entre peritos médicos e servidores administrativos do INSS.
26. Os segurados me criticam porque não compreendem a minha atividade.
27. Os médicos assistentes criticam os peritos médicos porque não compreendem a nossa atividade.
28. Os órgãos de controle, como o Ministério Público, a Auditoria e a Ouvidoria do INSS, cumprem o seu papel ao cobrarem e fiscalizarem o trabalho dos peritos médicos.
29. Eu já tive que responder a queixas/denúncias de segurados junto
 - a. À Ouvidoria do INSS

- b. Ao CRM
- c. Ao Ministério Público (Federal ou Estadual)
- d. À gerência da minha APS

30. Nos últimos 12 meses sofri/respondi a:

	COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA					
	TODOS OS DIAS	UMA VEZ POR SEMANA	UMA VEZ POR MÊS	UMA VEZ A CADA 6 MESES	NENHUMA VEZ	NÃO QUERO RESPONDER
Denúncia da ouvidoria do INSS						
Sindicância/PAD da corregedoria do INSS						
Denúncia do Ministério Público						
Agressão física						
Agressão verbal						
Desentendimento com servidores administrativos da APS						
Desentendimento com colegas peritos						
Desentendimento com o gerente da minha APS						

31. Nos últimos 12 meses eu fui prestar queixa contra segurados com a seguinte frequência aproximada

	TODOS OS DIAS	UMA VEZ POR SEMANA	UMA VEZ POR MÊS	UMA VEZ A CADA 6 MESES	NENHUMA VEZ	NÃO QUERO RESPONDER
Na Polícia Federal						
Na Polícia Civil						
Na Ouvidoria do servidor						
Na Ouvidoria do INSS						

32. Eu gosto do meu trabalho no INSS.

33. Se pudesse escolher, eu deixaria o INSS.

34. Sou formado em Medicina há

- a. 0 a 1 ano
- b. 1 a 5 anos
- c. 5 a 10 anos
- d. 10 a 15, anos
- e. mais de 15 anos

35. Estou no INSS há

- a. 0 a 1 ano
- b. 1 a 5 anos
- c. 5 a 10 anos
- d. 10 a 15, anos
- e. mais de 15 anos

36. Sou

- a. homem
- b. mulher

37. Minha idade é

- a. 25 a 30 anos
- b. 30 a 40 anos
- c. 40 a 50 anos
- d. 50 a 60 anos
- e. mais de 60 anos

38. Eu trabalho na superintendência

- a. Nordeste
- b. Norte/Centro-Oeste
- c. Sudeste I
- d. Sudeste II

e. Sul

Para finalizar, agradeço a sua paciência, o seu tempo e as suas respostas.
Não sei o que eu faria sem a sua participação!

Tornarei os resultados finais da tese disponíveis para consulta pública.

Sinta-se à vontade para enviar-me mensagens ou telefonar-me para questionar algum aspecto que você ache importante.

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS E OS GERENTES

Prezado colega servidor do INSS

Este questionário faz parte da minha tese de doutorado em Sociologia que curso na UFPR e que investiga como se dão as relações de poder e de conflito envolvendo os peritos médicos do INSS e os servidores administrativos da autarquia. Sou servidor do INSS, perito médico, lotado na Gex Curitiba. O meu correio pessoal é doutoradoleonardo@gmail.com; o meu correio do INSS é leonardo.lacerda@inss.gov.br. O meu telefone institucional é (41) 3616-9435.

Este questionário é anônimo e seus resultados não têm nenhuma vinculação institucional com o INSS. Você não tem nenhuma obrigação de respondê-lo mas suas respostas são muito importantes. Você é livre para interromper o seu preenchimento em qualquer etapa.

Este questionário visa a compreender um pouco melhor o que os servidores administrativos pensam sobre a sua atividade e sobre o seu relacionamento com os peritos médicos. Embora haja vários estudos sobre a Previdência e sobre a população que o INSS atende, praticamente não há estudos sobre como se dá o relacionamento entre os diversos grupos de servidores do INSS.

Fiz o questionário tão sucinto quanto foi possível mas ele exige aproximadamente 15 minutos para ser completado, então peço que você tenha um pouco de paciência e disponha de um pouco do seu tempo. Todas as perguntas são dirigidas para você, individualmente, e gostaria que você as respondesse da melhor maneira possível, com sinceridade. Para tornar o questionário fácil de ser preenchido e de ser analisado, as respostas variam desde “discordo totalmente” até “concordo totalmente”, havendo ainda a opção “não sei” ou “não quero responder”, conforme o caso. Algumas poucas perguntas apresentam escalas numéricas ou categóricas. Além disso, tentei organizar as perguntas em uma seqüência lógica que não confundisse quem as responder.

Eu li e entendi o texto acima e concordo em participar da pesquisa¹⁶⁶.

¹⁶⁶ Esta questão, como todas as demais, deveria ser preenchida obrigatoriamente; somente quem

No geral, estou satisfeito com o meu trabalho.

1. Estou no INSS há
 - a. 0 a 1 ano
 - b. 1 a 5 anos
 - c. 5 a 10 anos
 - d. 10 a 15, anos
 - e. mais de 15 anos
2. Estou no INSS por causa da estabilidade/salário.
3. Se pudesse escolher, eu deixaria o INSS.
4. Tenho um bom relacionamento com os peritos médicos da minha APS.
5. Acho natural haver conflitos com os peritos médicos da APS.
6. Eu me sinto à vontade para questionar peritos médicos ou para exercer minha autoridade sobre eles.
7. Eu tive problemas ou conflitos com peritos médicos nos últimos 12 meses com a seguinte frequência aproximada:
 - a. Todos os dias
 - b. uma vez por semana
 - c. uma vez por mês
 - d. uma vez a cada 6 meses
 - e. nenhuma vez
8. Acho que os segurados têm razão de se queixarem dos peritos médicos.
9. Os peritos médicos são injustos em suas avaliações.
10. Em uma situação de conflito entre perito médico e segurado, eu tendo a preferir apoiar o segurado.

respondesse “sim” avançaria no questionário. O respondente que respondesse “não” era dirigido para uma página de agradecimento e de fechamento do questionário.

11. Eu tive problemas ou conflitos com segurados nos últimos 12 meses com a seguinte frequência aproximada:

- a. Todos os dias
- b. uma vez por semana
- c. uma vez por mês
- d. uma vez a cada 6 meses
- e. nenhuma vez

12. Eu tive problemas ou conflitos com colegas administrativos nos últimos 12 meses com a seguinte frequência aproximada:

- a. Todos os dias
- b. uma vez por semana
- c. uma vez por mês
- d. uma vez a cada 6 meses
- e. nenhuma vez

13. Os peritos médicos devem ser subordinados administrativamente aos gerentes das APSs.

14. Os peritos médicos devem ser subordinados tecnicamente aos SSTs.

15. Sou

- a. homem
- b. mulher

16. Minha idade é:

- a. 25 a 30 anos
- b. 30 a 40 anos
- c. 40 a 50 anos
- d. 50 a 60 anos
- e. mais de 60 anos

17. Eu trabalho na superintendência:

- a. Nordeste
- b. Norte/Centro-Oeste
- c. Sudeste I
- d. Sudeste II
- e. Sul
- f. Direção Central

18. Eu atuo:

- a. Como gerente de APS ou de algum serviço/seção (como o SRD ou AADJ)
- b. Na área meio (na retaguarda, por exemplo)
- c. Na área fim mas SEM RELAÇÃO com a perícia médica
- d. Na área fim JUNTO DA perícia médica
- e. Como funcionário da minha Superintendência ou na Direção Central

Para finalizar, agradeço a sua paciência, o seu tempo e as suas respostas.
Não sei o que eu faria sem a sua participação!

Tornarei os resultados finais da tese disponíveis para consulta pública.

Sinta-se à vontade para enviar-me mensagens ou telefonar-me para questionar algum aspecto que você ache importante.

APÊNDICE 3 – TABELAS DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS

Tabelas de frequências das respostas dos servidores administrativos

TABELA A.1 – NO GERAL, ESTOU SATISFEITO COM O MEU TRABALHO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM M VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	95	4,4	4,6	4,6
	Discordo em parte	308	14,3	14,9	19,5
	Não discordo nem concordo	34	1,6	1,6	21,2
	Concordo em parte	1084	50,2	52,5	73,7
	Concordo totalmente	531	24,6	25,7	99,4
	NQR	12	,6	,6	100,0
	Total	2064	95,6	100,0	
Ausente	Sistema	95	4,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.2 – ESTOU NO INSS HÁ QUANTO TEMPO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Menos de 1 ano	65	3,0	3,1	3,1
	De 1 a 5 anos	447	20,7	21,7	24,8
	De 5 a 10 anos	512	23,7	24,8	49,6
	De 10 a 15 anos	283	13,1	13,7	63,3
	Mais de 15 anos	744	34,5	36,0	99,4
	NQR	13	,6	,6	100,0
	Total	2064	95,6	100,0	
Ausente	Sistema	95	4,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.3 – ESTOU NO INSS POR CAUSA DA ESTABILIDADE/SALÁRIO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	133	6,2	6,4	6,4
	Discordo em parte	221	10,2	10,7	17,2
	Não discordo nem concordo	59	2,7	2,9	20,0
	Concordo em parte	1139	52,8	55,2	75,2
	Concordo totalmente	505	23,4	24,5	99,7
	NQR	7	,3	,3	100,0
	Total	2064	95,6	100,0	
Ausente	Sistema	95	4,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.4 – SE PUDESSE ESCOLHER, EU DEIXARIA O INSS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	435	20,1	21,1	21,1
	Discordo em parte	332	15,4	16,1	37,2
	Não discordo nem concordo	98	4,5	4,7	41,9
	Concordo em parte	728	33,7	35,3	77,2
	Concordo totalmente	431	20,0	20,9	98,1
	NQR	40	1,9	1,9	100,0
	Total	2064	95,6	100,0	
Ausente	Sistema	95	4,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.5 – TENHO UM BOM RELACIONAMENTO COM OS PERITOS MÉDICOS DA MINHA APS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	70	3,2	3,5	3,5
	Discordo em parte	161	7,5	8,0	11,5
	Não discordo nem concordo	150	6,9	7,4	18,9
	Concordo em parte	727	33,7	36,1	55,0
	Concordo totalmente	844	39,1	41,9	96,8
	NQR	64	3,0	3,2	100,0
	Total	2016	93,4	100,0	
Ausente	Sistema	143	6,6		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.6 – ACHO NATURAL HAVER CONFLITOS ENTRE OS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS E OS PERITOS MÉDICOS DA APS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	1016	47,1	50,4	50,4
	Discordo em parte	368	17,0	18,3	68,7
	Não discordo nem concordo	59	2,7	2,9	71,6
	Concordo em parte	440	20,4	21,8	93,4
	Concordo totalmente	105	4,9	5,2	98,6
	NQR	28	1,3	1,4	100,0
	Total	2016	93,4	100,0	
Ausente	Sistema	143	6,6		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.7 – ACHO QUE OS SEGURADOS TÊM RAZÃO DE QUEIXAREM-SE DOS PERITOS MÉDICOS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	74	3,4	3,7	3,7
	Discordo em parte	375	17,4	18,6	22,3
	Não discordo nem concordo	101	4,7	5,0	27,3
	Concordo em parte	1178	54,6	58,4	85,7
	Concordo totalmente	257	11,9	12,7	98,5
	NQR	31	1,4	1,5	100,0
	Total	2016	93,4	100,0	
Ausente	Sistema	143	6,6		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.8 – OS PERITOS MÉDICOS SÃO INJUSTOS EM SUAS AVALIAÇÕES

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	161	7,5	8,2	8,2
	Discordo em parte	492	22,8	24,9	33,1
	Não discordo nem concordo	287	13,3	14,5	47,6
	Concordo em parte	818	37,9	41,5	89,1
	Concordo totalmente	49	2,3	2,5	91,6
	NQR	166	7,7	8,4	100,0
	Total	1973	91,4	100,0	
Ausente	Sistema	186	8,6		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.9 – EM UMA SITUAÇÃO DE CONFLITO ENTRE PERITO MÉDICO E SEGURADO, EU TENDO A PREFERIR APOIAR O SEGURADO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	503	23,3	25,5	25,5
	Discordo em parte	469	21,7	23,8	49,3
	Não discordo nem concordo	404	18,7	20,5	69,7
	Concordo em parte	429	19,9	21,7	91,5
	Concordo totalmente	67	3,1	3,4	94,9
	NQR	101	4,7	5,1	100,0
	Total	1973	91,4	100,0	
Ausente	Sistema	186	8,6		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.10 – EU TIVE PROBLEMAS OU CONFLITOS COM SEGURADOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Todos os dias	39	1,8	2,0	2,0
	Uma vez por semana	119	5,5	6,0	8,0
	Uma vez por mês	207	9,6	10,5	18,5
	Uma vez a cada 6 meses	467	21,6	23,7	42,2
	Nenhuma vez	1002	46,4	50,8	93,0
	NQR	139	6,4	7,0	100,0
Total		1973	91,4	100,0	
Ausente	Sistema	186	8,6		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.11 – EU TIVE PROBLEMAS OU CONFLITOS COM *COLEGAS ADMINISTRATIVOS* NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA

	FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Valido	Todos os dias	22	1,0	1,1
	Uma vez por semana	64	3,0	4,4
	Uma vez por mês	186	8,6	13,8
	Uma vez a cada 6 meses	553	25,6	41,8
	Nenhuma vez	1064	49,3	95,7
	NQR	84	3,9	100,0
	Total	1973	91,4	100,0
Ausente	Sistema	186	8,6	
	Total	2159	100,0	

FONTE: o autor.

TABELA A.12 – EU TIVE PROBLEMAS OU CONFLITOS COM *PERITOS MÉDICOS* NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA

	FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Valido	Todos os dias	15	,7	,8
	Uma vez por semana	67	3,1	4,2
	Uma vez por mês	126	5,8	10,7
	Uma vez a cada 6 meses	386	17,9	30,5
	Nenhuma vez	1263	58,5	95,4
	NQR	90	4,2	100,0
	Total	1947	90,2	100,0
Ausente	Sistema	212	9,8	
	Total	2159	100,0	

FONTE: o autor.

TABELA A.13 – EU SINTO-ME À VONTADE PARA QUESTIONAR PERITOS MÉDICOS OU PARA EXERCER MINHA AUTORIDADE SOBRE ELES

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	480	22,2	24,7	24,7
	Discordo em parte	303	14,0	15,6	40,2
	Não discordo nem concordo	151	7,0	7,8	48,0
	Concordo em parte	579	26,8	29,7	77,7
	Concordo totalmente	321	14,9	16,5	94,2
	NQR	113	5,2	5,8	100,0
	Total	1947	90,2	100,0	
Ausente	Sistema	212	9,8		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.14 – OS PERITOS MÉDICOS DEVEM SER SUBORDINADOS ADMINISTRATIVAMENTE AOS GERENTES DAS APSS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	120	5,6	6,2	6,2
	Discordo em parte	93	4,3	4,8	10,9
	Não discordo nem concordo	43	2,0	2,2	13,1
	Concordo em parte	335	15,5	17,2	30,4
	Concordo totalmente	1310	60,7	67,3	97,6
	NQR	46	2,1	2,4	100,0
	Total	1947	90,2	100,0	
Ausente	Sistema	212	9,8		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.15 – OS PERITOS MÉDICOS DEVEM SER SUBORDINADOS TÉCNICAMENTE AOS SST'S

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	92	4,3	4,7	4,7
	Discordo em parte	65	3,0	3,3	8,1
	Não discordo nem concordo	56	2,6	2,9	10,9
	Concordo em parte	294	13,6	15,1	26,0
	Concordo totalmente	1374	63,6	70,6	96,6
	NQR	66	3,1	3,4	100,0
	Total	1947	90,2	100,0	
Ausente	Sistema	212	9,8		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.16 – SOU (SEXO)

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Homem	748	34,6	38,7	38,7
	Mulher	1176	54,5	60,8	99,4
	NQR	11	,5	,6	100,0
	Total	1935	89,6	100,0	
Ausente	Sistema	224	10,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.17 – MINHA IDADE É

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	25 a 30 anos	302	14,0	15,6	15,6
	30 a 40 anos	633	29,3	32,7	48,3
	40 a 50 anos	340	15,7	17,6	65,9
	50 a 60 anos	556	25,8	28,7	94,6
	mais de 60 anos	76	3,5	3,9	98,6
	NQR	28	1,3	1,4	100,0
	Total	1935	89,6	100,0	
Ausente	Sistema	224	10,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.18 – EU TRABALHO NA SUPERINTENDÊNCIA

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Nordeste	411	19,0	21,2	21,2
	Norte / Centro-Oeste	336	15,6	17,4	38,6
	Sudeste I	382	17,7	19,7	58,3
	Sudeste II	393	18,2	20,3	78,7
	Sul	384	17,8	19,8	98,5
	Direção Central	2	,1	,1	98,6
	NQR	27	1,3	1,4	100,0
	Total	1935	89,6	100,0	
Ausente	Sistema	224	10,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.19 – EU ATUO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Como gerente de APS / seção	438	20,3	22,6	22,6
	Na retaguarda	497	23,0	25,7	48,3
	Na área fim sem relação com a perícia	257	11,9	13,3	61,6
	Na área fim com a perícia médica	581	26,9	30,0	91,6
	Na SR ou na Direção Central	47	2,2	2,4	94,1
	NQR	115	5,3	5,9	100,0
	Total	1935	89,6	100,0	
Ausente	Sistema	224	10,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

Tabelas de frequências das respostas dos peritos médicos

TABELA A.20 – CONSIDERO SER APOIADO (EM VEZ DE FISCALIZADO OU QUESTIONADO) QUANDO O MEU SUPERVISOR DE APS/SST PROCURA-ME PARA CONVERSAR SOBRE ALGUMA CONDUTA MINHA

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	52	2,4	10,1	10,1
	Discordo em parte	98	4,5	19,1	29,2
	Não discordo nem concordo	35	1,6	6,8	36,1
	Concordo em parte	210	9,7	40,9	77,0
	Concordo totalmente	107	5,0	20,9	97,9
	NQR	11	,5	2,1	100,0
	Total	513	23,8	100,0	
Ausente	Sistema	1646	76,2		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.21 – CONSIDERO SER APOIADO (EM VEZ DE FISCALIZADO OU QUESTIONADO) QUANDO UM COLEGA PERITO MÉDICO PROCURA-ME PARA CONVERSAR SOBRE ALGUMA CONDUTA MINHA

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	15	,7	2,9	2,9
	Discordo em parte	52	2,4	10,1	13,1
	Não discordo nem concordo	32	1,5	6,2	19,3
	Concordo em parte	210	9,7	40,9	60,2
	Concordo totalmente	202	9,4	39,4	99,6
	NQR	2	,1	,4	100,0
	Total	513	23,8	100,0	
Ausente	Sistema	1646	76,2		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.22 – ACHO QUE A MINHA AUTONOMIA DE PERITO MANIFESTA-SE PELO MEU CONTROLE SOBRE O NÚMERO DE SEGURADOS ATENDIDOS DIARIAMENTE

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	230	10,7	45,3	45,3
	Discordo em parte	78	3,6	15,4	60,6
	Não discordo nem concordo	19	,9	3,7	64,4
	Concordo em parte	116	5,4	22,8	87,2
	Concordo totalmente	55	2,5	10,8	98,0
	NQR	10	,5	2,0	100,0
	Total	508	23,5	100,0	
Ausente	Sistema	1651	76,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.23 – ACHO QUE A MINHA AUTONOMIA DE PERITO MANIFESTA-SE PELO MEU CONTROLE SOBRE A DURAÇÃO DE CADA PERÍCIA MÉDICA

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	109	5,0	21,5	21,5
	Discordo em parte	63	2,9	12,4	33,9
	Não discordo nem concordo	13	,6	2,6	36,4
	Concordo em parte	160	7,4	31,5	67,9
	Concordo totalmente	158	7,3	31,1	99,0
	NQR	5	,2	1,0	100,0
	Total	508	23,5	100,0	
Ausente	Sistema	1651	76,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.24 – ACHO QUE A MINHA AUTONOMIA DE PERITO MANIFESTA-SE NAS MINHAS DECISÕES MÉDICO-PERICIAIS

	FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	6	,3	1,2
	Discordo em parte	25	1,2	4,9
	Não discordo nem concordo	6	,3	1,2
	Concordo em parte	122	5,7	24,0
	Concordo totalmente	347	16,1	68,3
	NQR	2	,1	,4
	Total	508	23,5	100,0
Ausente Sistema	1651	76,5		
Total	2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.25 – DENTRO DO INSS, CONSIDERO-ME PRIMEIRO MÉDICO E DEPOIS PERITO/BUROCRATA

	FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	109	5,0	21,5
	Discordo em parte	128	5,9	25,2
	Não discordo nem concordo	25	1,2	4,9
	Concordo em parte	159	7,4	31,4
	Concordo totalmente	84	3,9	16,6
	NQR	2	,1	,4
	Total	507	23,5	100,0
Ausente Sistema	1652	76,5		
Total	2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.26 – ACHO CORRETA A COBRANÇA QUE O INSS FAZ DA MINHA PRODUTIVIDADE EM TERMOS DE NÚMERO DE SEGURADOS ATENDIDOS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	224	10,4	44,2	44,2
	Discordo em parte	132	6,1	26,0	70,2
	Não discordo nem concordo	18	,8	3,6	73,8
	Concordo em parte	106	4,9	20,9	94,7
	Concordo totalmente	24	1,1	4,7	99,4
	NQR	3	,1	,6	100,0
	Total	507	23,5	100,0	
Ausente	Sistema	1652	76,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.27 – EU TENHO UM BOM RELACIONAMENTO COM OS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	9	,4	1,8	1,8
	Discordo em parte	41	1,9	8,1	9,9
	Não discordo nem concordo	12	,6	2,4	12,2
	Concordo em parte	181	8,4	35,7	47,9
	Concordo totalmente	262	12,1	51,7	99,6
	NQR	2	,1	,4	100,0
	Total	507	23,5	100,0	
Ausente	Sistema	1652	76,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.28 – OS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS COBRAM-ME QUE EU FAÇA PELO MENOS UM DETERMINADO NÚMERO DE PERÍCIAS DIÁRIAS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	98	4,5	19,5	19,5
	Discordo em parte	65	3,0	12,9	32,5
	Não discordo nem concordo	29	1,3	5,8	38,2
	Concordo em parte	124	5,7	24,7	62,9
	Concordo totalmente	178	8,2	35,5	98,4
	NQR	8	,4	1,6	100,0
	Total	502	23,3	100,0	
Ausente	Sistema	1657	76,7		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.29 – EU SOU COBRADO PELOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS PARA REALIZAR ATIVIDADES “EXTRAS”, COMO RECURSOS, PERÍCIAS DE ENCAIXE, MAJORAÇÕES DE 25%, ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA ETC.

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	73	3,4	14,5	14,5
	Discordo em parte	60	2,8	12,0	26,5
	Não discordo nem concordo	15	,7	3,0	29,5
	Concordo em parte	159	7,4	31,7	61,2
	Concordo totalmente	189	8,8	37,6	98,8
	NQR	6	,3	1,2	100,0
	Total	502	23,3	100,0	
Ausente	Sistema	1657	76,7		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.30 – O CONTROLE QUE O INSS FAZ DA MINHA ATIVIDADE VISA A ASPECTOS ÉTICOS E COMPORTAMENTAIS ALÉM DOS TÉCNICOS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	157	7,3	31,3	31,3
	Discordo em parte	92	4,3	18,3	49,6
	Não discordo nem concordo	29	1,3	5,8	55,4
	Concordo em parte	142	6,6	28,3	83,7
	Concordo totalmente	71	3,3	14,1	97,8
	NQR	11	,5	2,2	100,0
	Total	502	23,3	100,0	
Ausente	Sistema	1657	76,7		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.31 – O CONTROLE SOBRE A MINHA ATIVIDADE DENTRO DO INSS É MAIOR DO QUE AQUELE A QUE SOU SUBMETIDO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	23	1,1	4,6	4,6
	Discordo em parte	33	1,5	6,6	11,2
	Não discordo nem concordo	18	,8	3,6	14,7
	Concordo em parte	107	5,0	21,3	36,1
	Concordo totalmente	312	14,5	62,2	98,2
	NQR	9	,4	1,8	100,0
	Total	502	23,3	100,0	
Ausente	Sistema	1657	76,7		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.32 – EU ACHO QUE O SEGURADO QUE PERCEBE BENEFÍCIO DO INSS DEVERIA TRATAR-SE (OU CONTRIBUIR ATIVAMENTE PARA A SUA RECUPERAÇÃO)

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	3	,1	,6	,6
	Discordo em parte	9	,4	1,8	2,4
	Não discordo nem concordo	13	,6	2,6	5,0
	Concordo em parte	56	2,6	11,3	16,3
	Concordo totalmente	410	19,0	82,7	99,0
	NQR	5	,2	1,0	100,0
	Total	496	23,0	100,0	
Ausente	Sistema	1663	77,0		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.33 – EU CONCEDERIA UM BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE (ISTO É, ESPÉCIES B31 OU B91) PARA UM SEGURADO ACOMETIDO DE UMA DOENÇA ESTIGMATIZANTE MESMO QUE ELE NÃO ESTEJA INCAPACITADO PARA O TRABALHO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	289	13,4	58,3	58,3
	Discordo em parte	83	3,8	16,7	75,0
	Não discordo nem concordo	15	,7	3,0	78,0
	Concordo em parte	91	4,2	18,3	96,4
	Concordo totalmente	12	,6	2,4	98,8
	NQR	6	,3	1,2	100,0
	Total	496	23,0	100,0	
Ausente	Sistema	1663	77,0		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.34 – EU ACHO QUE DEVO DAR INFORMAÇÕES AO SEGURADO SOBRE A SUA DOENÇA (COMO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO, TRATAMENTO, NEXO DA DOENÇA COM O TRABALHO ETC.)

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	213	9,9	42,9	42,9
	Discordo em parte	126	5,8	25,4	68,3
	Não discordo nem concordo	12	,6	2,4	70,8
	Concordo em parte	124	5,7	25,0	95,8
	Concordo totalmente	20	,9	4,0	99,8
	NQR	1	,0	,2	100,0
	Total	496	23,0	100,0	
Ausente	Sistema	1663	77,0		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.35 – EU ACHO QUE DEVO INFORMAR AO SEGURADO AS RAZÕES DA MINHA DECISÃO PERICIAL

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	204	9,4	41,1	41,1
	Discordo em parte	102	4,7	20,6	61,7
	Não discordo nem concordo	15	,7	3,0	64,7
	Concordo em parte	146	6,8	29,4	94,2
	Concordo totalmente	27	1,3	5,4	99,6
	NQR	2	,1	,4	100,0
	Total	496	23,0	100,0	
Ausente	Sistema	1663	77,0		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.36 – EU ACHO QUE DEVO ABORDAR COM O SEGURADO AS SUAS QUESTÕES PSICOSSOCIAIS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	167	7,7	33,7	33,7
	Discordo em parte	106	4,9	21,4	55,2
	Não discordo nem concordo	18	,8	3,6	58,8
	Concordo em parte	167	7,7	33,7	92,5
	Concordo totalmente	34	1,6	6,9	99,4
	NQR	3	,1	,6	100,0
	Total	495	22,9	100,0	
Ausente	Sistema	1664	77,1		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.37 – PREOCUPO-ME EM FAZER O QUE FOR O MELHOR PARA O REQUERENTE/SEGURADO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	63	2,9	12,7	12,7
	Discordo em parte	64	3,0	12,9	25,7
	Não discordo nem concordo	42	1,9	8,5	34,1
	Concordo em parte	155	7,2	31,3	65,5
	Concordo totalmente	167	7,7	33,7	99,2
	NQR	4	,2	,8	100,0
	Total	495	22,9	100,0	
Ausente	Sistema	1664	77,1		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.38 – PREOCUPO-ME EM FAZER O QUE SEJA MAIS CORRETO EM TERMOS DE LEGISLAÇÃO E NORMAS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	1	,0	,2	,2
	Discordo em parte	1	,0	,2	,4
	Não discordo nem concordo	3	,1	,6	1,0
	Concordo em parte	53	2,5	10,7	11,7
	Concordo totalmente	436	20,2	88,1	99,8
	NQR	1	,0	,2	100,0
	Total	495	22,9	100,0	
Ausente	Sistema	1664	77,1		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.39 – PREOCUPO-ME EM COMPREENDER O QUE O REQUERENTE/SEGURADO DEMANDA, FOCANDO A DECISÃO PERICIAL NA SUA VONTADE

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	389	18,0	78,6	78,6
	Discordo em parte	62	2,9	12,5	91,1
	Não discordo nem concordo	14	,6	2,8	93,9
	Concordo em parte	20	,9	4,0	98,0
	Concordo totalmente	8	,4	1,6	99,6
	NQR	2	,1	,4	100,0
	Total	495	22,9	100,0	
Ausente	Sistema	1664	77,1		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.40 – PREOCUPO-ME EM TOMAR UMA DECISÃO QUE NÃO FIRA DIREITOS DO REQUERENTE/SEGURADO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	10	,5	2,0	2,0
	Discordo em parte	12	,6	2,4	4,5
	Não discordo nem concordo	8	,4	1,6	6,1
	Concordo em parte	77	3,6	15,6	21,7
	Concordo totalmente	382	17,7	77,5	99,2
	NQR	4	,2	,8	100,0
	Total	493	22,8	100,0	
Ausente	Sistema	1666	77,2		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.41 – EU ACHO NATURAL A EXISTÊNCIA DE CONFLITOS ENTRE PERITOS E OS SEGURADOS DO INSS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	95	4,4	19,3	19,3
	Discordo em parte	66	3,1	13,4	32,7
	Não discordo nem concordo	12	,6	2,4	35,1
	Concordo em parte	215	10,0	43,6	78,7
	Concordo totalmente	101	4,7	20,5	99,2
	NQR	4	,2	,8	100,0
	Total	493	22,8	100,0	
Ausente	Sistema	1666	77,2		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.42 – EU ACHO NATURAL A EXISTÊNCIA DE CONFLITOS ENTRE PERITOS MÉDICOS E SERVIDORES ADMINISTRATIVOS DO INSS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	319	14,8	64,7	64,7
	Discordo em parte	93	4,3	18,9	83,6
	Não discordo nem concordo	9	,4	1,8	85,4
	Concordo em parte	64	3,0	13,0	98,4
	Concordo totalmente	7	,3	1,4	99,8
	NQR	1	,0	,2	100,0
	Total	493	22,8	100,0	
Ausente	Sistema	1666	77,2		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.43 – OS SEGURADOS CRITICAM-ME PORQUE NÃO COMPREENDEM A MINHA ATIVIDADE

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	30	1,4	6,1	6,1
	Discordo em parte	33	1,5	6,7	12,8
	Não discordo nem concordo	25	1,2	5,1	17,8
	Concordo em parte	207	9,6	42,0	59,8
	Concordo totalmente	193	8,9	39,1	99,0
	NQR	5	,2	1,0	100,0
	Total	493	22,8	100,0	
Ausente	Sistema	1666	77,2		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.44 – OS MÉDICOS ASSISTENTES CRITICAM OS PERITOS MÉDICOS PORQUE NÃO COMPREENDEM A NOSSA ATIVIDADE

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	6	,3	1,2	1,2
	Discordo em parte	21	1,0	4,3	5,5
	Não discordo nem concordo	8	,4	1,6	7,2
	Concordo em parte	192	8,9	39,3	46,5
	Concordo totalmente	257	11,9	52,7	99,2
	NQR	4	,2	,8	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.45 – OS ÓRGÃOS DE CONTROLE, COMO O MINISTÉRIO PÚBLICO, A AUDITORIA E A OUVIDORIA DO INSS, CUMPREM O SEU PAPEL AO COBRAREM E FISCALIZAREM O TRABALHO DOS PERITOS MÉDICOS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	72	3,3	14,8	14,8
	Discordo em parte	103	4,8	21,1	35,9
	Não discordo nem concordo	18	,8	3,7	39,5
	Concordo em parte	208	9,6	42,6	82,2
	Concordo totalmente	79	3,7	16,2	98,4
	NQR	8	,4	1,6	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.46 – EU JÁ TIVE QUE RESPONDER A QUEIXAS/DENÚNCIAS DE SEGURADOS JUNTO À OUVIDORIA DO INSS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	SIM	256	11,9	100,0	100,0
Ausente	Sistema	1903	88,1		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.47 – EU JÁ TIVE QUE RESPONDER A QUEIXAS/DENÚNCIAS DE SEGURADOS JUNTO AO CRM

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	SIM	106	4,9	100,0	100,0
Ausente	Sistema	2053	95,1		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.48 – EU JÁ TIVE QUE RESPONDER A QUEIXAS/DENÚNCIAS DE SEGURADOS JUNTO AO MINISTÉRIO PÚBLICO (FEDERAL OU ESTADUAL)

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	SIM	45	2,1	100,0	100,0
Ausente	Sistema	2114	97,9		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.49 – EU JÁ TIVE QUE RESPONDER A QUEIXAS/DENÚNCIAS DE SEGURADOS JUNTO À GERÊNCIA DA MINHA APS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	SIM	146	6,8	100,0	100,0
Ausente	Sistema	2013	93,2		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.50 – EU JÁ TIVE QUE RESPONDER A QUEIXAS/DENÚNCIAS DE SEGURADOS – PREFIRO NÃO RESPONDER

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	SIM	61	2,8	100,0	100,0
Ausente	Sistema	2098	97,2		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.51 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU SOFRI/RESPONDI AOS SEGUINTE EVENTOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – DENÚNCIA DA OUVIDORIA DO INSS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
	Uma vez por mês	6	,3	1,2	1,2
	Uma vez a cada 6 meses	120	5,6	24,6	25,8
Válido	Nenhuma vez	348	16,1	71,3	97,1
	NQR	14	,6	2,9	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.52 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU SOFRI/RESPONDI AOS SEGUINTE EVENTOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – SINDICÂNCIA/PAD DA CORREGEDORIA DO INSS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
	Uma vez por mês	2	,1	,4	,4
	Uma vez a cada 6 meses	29	1,3	5,9	6,4
Válido	Nenhuma vez	445	20,6	91,2	97,5
	NQR	12	,6	2,5	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.53 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU SOFRI/RESPONDI AOS SEGUINTE EVENTOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – DENÚNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
	Uma vez por semana	1	,0	,2	,2
	Uma vez por mês	1	,0	,2	,4
Válido	Uma vez a cada 6 meses	23	1,1	4,7	5,1
	Nenhuma vez	451	20,9	92,4	97,5
	NQR	12	,6	2,5	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.54 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU SOFRI/RESPONDI AOS SEGUINTE EVENTOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – AGRESSÃO FÍSICA

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Uma vez por semana	1	,0	,2	,2
	Uma vez por mês	1	,0	,2	,4
	Uma vez a cada 6 meses	36	1,7	7,4	7,8
	Nenhuma vez	437	20,2	89,5	97,3
	NQR	13	,6	2,7	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.55 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU SOFRI/RESPONDI AOS SEGUINTE EVENTOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – AGRESSÃO VERBAL

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Todos os dias	12	,6	2,5	2,5
	Uma vez por semana	29	1,3	5,9	8,4
	Uma vez por mês	72	3,3	14,8	23,2
	Uma vez a cada 6 meses	191	8,8	39,1	62,3
	Nenhuma vez	175	8,1	35,9	98,2
	NQR	9	,4	1,8	100,0
Total		488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.56 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU SOFRI/RESPONDI AOS SEGUINTE EVENTOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – DESENTENDIMENTO COM SERVIDORES ADMINISTRATIVOS DA APS

	FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
	Todos os dias	3	,1	,6
	Uma vez por semana	10	,5	2,7
	Uma vez por mês	40	1,9	10,9
Válido	Uma vez a cada 6 meses	116	5,4	34,6
	Nenhuma vez	309	14,3	98,0
	NQR	10	,5	100,0
	Total	488	22,6	100,0
Ausente	Sistema	1671	77,4	
Total		2159	100,0	

FONTE: o autor.

TABELA A.57 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU SOFRI/RESPONDI AOS SEGUINTE EVENTOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – DESENTENDIMENTO COM COLEGAS PERITOS

	FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
	Todos os dias	1	,0	,2
	Uma vez por semana	5	,2	1,2
	Uma vez por mês	17	,8	4,7
Válido	Uma vez a cada 6 meses	92	4,3	23,6
	Nenhuma vez	360	16,7	97,3
	NQR	13	,6	100,0
	Total	488	22,6	100,0
Ausente	Sistema	1671	77,4	
Total		2159	100,0	

FONTE: o autor.

TABELA A.58 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU SOFRI/RESPONDI AOS SEGUINTE EVENTOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – DESENTENDIMENTO COM O GERENTE DA MINHA APS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
	Todos os dias	5	,2	1,0	1,0
	Uma vez por semana	11	,5	2,3	3,3
	Uma vez por mês	29	1,3	5,9	9,2
Válido	Uma vez a cada 6 meses	94	4,4	19,3	28,5
	Nenhuma vez	337	15,6	69,1	97,5
	NQR	12	,6	2,5	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.59 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU FUI PRESTAR QUEIXA CONTRA SEGURADOS NOS SEGUINTE ÓRGÃOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – NA POLÍCIA FEDERAL

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
	Uma vez por mês	5	,2	1,0	1,0
	Uma vez a cada 6 meses	61	2,8	12,5	13,5
Válido	Nenhuma vez	409	18,9	83,8	97,3
	NQR	13	,6	2,7	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.60 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU FUI PRESTAR QUEIXA CONTRA SEGURADOS NOS SEGUINTE ÓRGÃOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – NA POLÍCIA CIVIL

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
	Uma vez por mês	2	,1	,4	,4
	Uma vez a cada 6 meses	41	1,9	8,4	8,8
Válido	Nenhuma vez	433	20,1	88,7	97,5
	NQR	12	,6	2,5	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.61 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU FUI PRESTAR QUEIXA CONTRA SEGURADOS NOS SEGUINTE ÓRGÃOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – NA OUVIDORIA DO SERVIDOR

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
	Uma vez por semana	1	,0	,2	,2
	Uma vez a cada 6 meses	9	,4	1,8	2,0
Válido	Nenhuma vez	467	21,6	95,7	97,7
	NQR	11	,5	2,3	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.62 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES EU FUI PRESTAR QUEIXA CONTRA SEGURADOS NOS SEGUINTE ÓRGÃOS COM A SEGUINTE FREQUÊNCIA APROXIMADA – NA OUVIDORIA DO INSS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
	Uma vez por semana	1	,0	,2	,2
	Uma vez por mês	3	,1	,6	,8
Válido	Uma vez a cada 6 meses	14	,6	2,9	3,7
	Nenhuma vez	459	21,3	94,1	97,7
	NQR	11	,5	2,3	100,0
	Total	488	22,6	100,0	
Ausente	Sistema	1671	77,4		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.63 – PERMANEÇO NO INSS POR CAUSA DA REMUNERAÇÃO E DA ESTABILIDADE

	FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA	
Válido	Discordo totalmente	20	,9	4,1	4,1
	Discordo em parte	32	1,5	6,6	10,7
	Não discordo nem concordo	10	,5	2,1	12,8
	Concordo em parte	269	12,5	55,5	68,2
	Concordo totalmente	153	7,1	31,5	99,8
	NQR	1	,0	,2	100,0
	Total	485	22,5	100,0	
Ausente	Sistema	1674	77,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.64 – EU GOSTO DO MEU TRABALHO NO INSS

	FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA	
Válido	Discordo totalmente	44	2,0	9,1	9,1
	Discordo em parte	50	2,3	10,3	19,4
	Não discordo nem concordo	25	1,2	5,2	24,5
	Concordo em parte	251	11,6	51,8	76,3
	Concordo totalmente	114	5,3	23,5	99,8
	NQR	1	,0	,2	100,0
	Total	485	22,5	100,0	
Ausente	Sistema	1674	77,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.65 – SE PUDESSE ESCOLHER, EU DEIXARIA O INSS

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Discordo totalmente	90	4,2	18,6	18,6
	Discordo em parte	85	3,9	17,5	36,1
	Não discordo nem concordo	28	1,3	5,8	41,9
	Concordo em parte	154	7,1	31,8	73,6
	Concordo totalmente	120	5,6	24,7	98,4
	NQR	8	,4	1,6	100,0
	Total	485	22,5	100,0	
Ausente	Sistema	1674	77,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.66 – SOU FORMADO EM MEDICINA HÁ QUANTO TEMPO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	De 1 a 5 anos	10	,5	2,1	2,1
	De 5 a 10 anos	36	1,7	7,4	9,5
	De 10 a 15 anos	119	5,5	24,5	34,0
	Mais de 15 anos	319	14,8	65,8	99,8
	NQR	1	,0	,2	100,0
	Total	485	22,5	100,0	
Ausente	Sistema	1674	77,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.67 – ESTOU NO INSS HÁ QUANTO TEMPO

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Menos de 1 ano	4	,2	,8	,8
	De 1 a 5 anos	133	6,2	27,4	28,2
	De 5 a 10 anos	276	12,8	56,9	85,2
	De 10 a 15 anos	28	1,3	5,8	90,9
	Mais de 15 anos	44	2,0	9,1	100,0
	Total	485	22,5	100,0	
Ausente	Sistema	1674	77,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.68 – SOU

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Homem	264	12,2	54,4	54,4
	Mulher	217	10,1	44,7	99,2
	NQR	4	,2	,8	100,0
	Total	485	22,5	100,0	
Ausente	Sistema	1674	77,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

TABELA A.69 – MINHA IDADE É

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	25 e 30 anos	9	,4	1,9	1,9
	30 a 40 anos	146	6,8	30,1	32,0
	40 a 50 anos	161	7,5	33,2	65,2
	50 a 60 anos	121	5,6	24,9	90,1
	Mais de 60 anos	46	2,1	9,5	99,6
	NQR	2	,1	,4	100,0
	Total	485	22,5	100,0	
Ausente	Sistema	1674	77,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

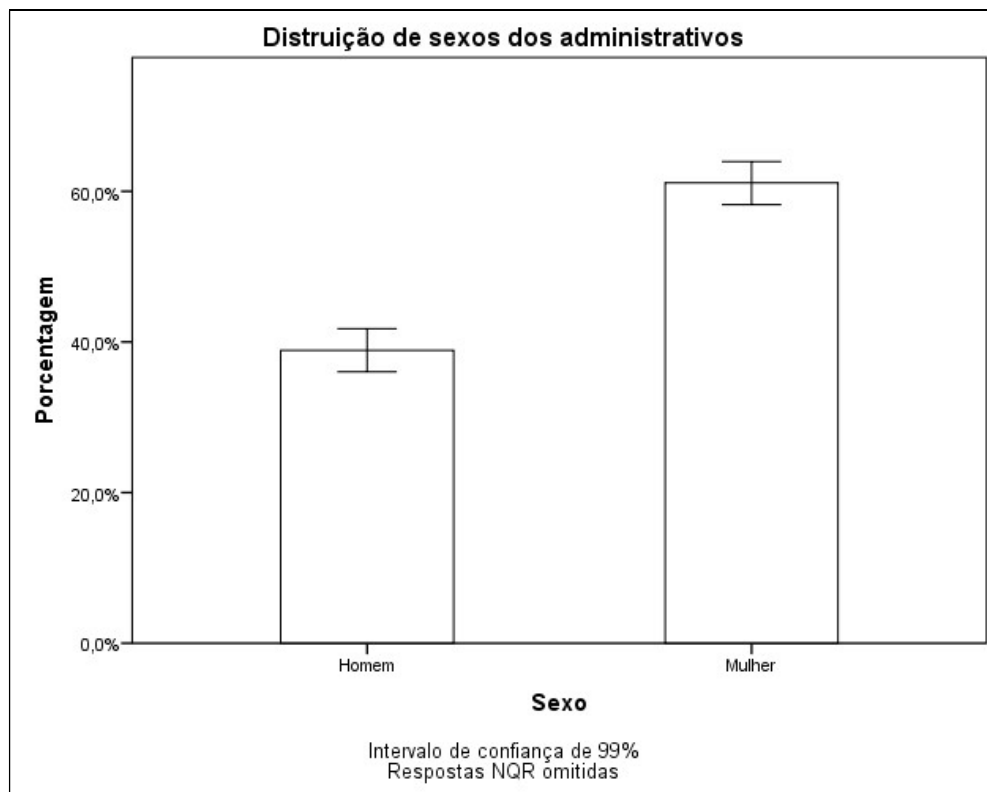
TABELA A.70 – EU TRABALHO NA SUPERINTENDÊNCIA

		FREQUÊNCIA	PORCENTUAL	PORCENTAGEM VÁLIDA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
Válido	Nordeste	69	3,2	14,2	14,2
	Norte / Centro-Oeste	65	3,0	13,4	27,6
	Sudeste I	78	3,6	16,1	43,7
	Sudeste II	115	5,3	23,7	67,4
	Sul	147	6,8	30,3	97,7
	NQR	11	,5	2,3	100,0
	Total	485	22,5	100,0	
Ausente	Sistema	1674	77,5		
Total		2159	100,0		

FONTE: o autor.

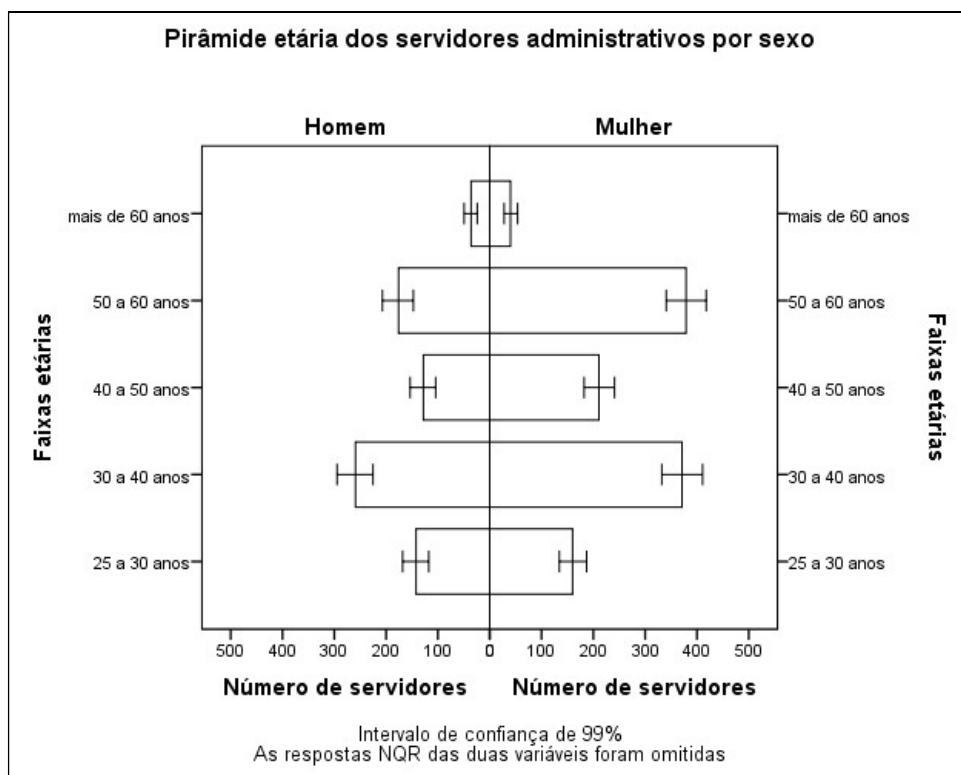
APÊNDICE 4 – GRÁFICOS DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS

GRÁFICO A.1 – DISTRIBUIÇÃO DE SEXOS DOS ADMINISTRATIVOS



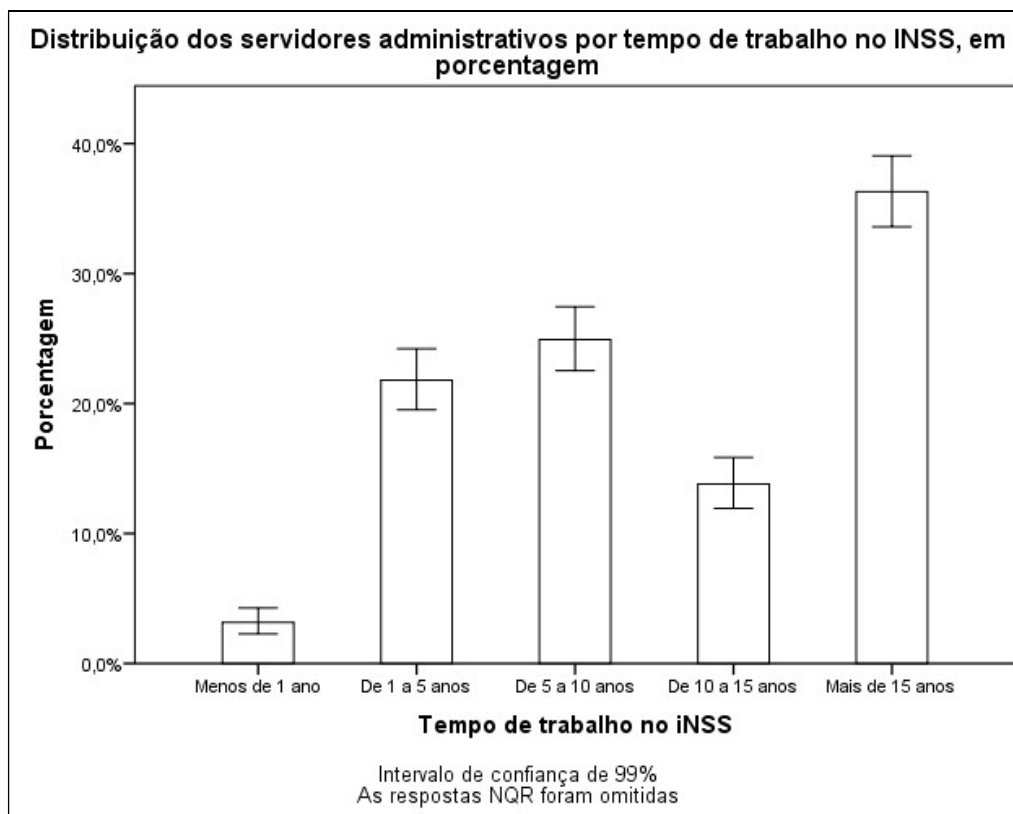
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.2 – PIRÂMIDE ETÁRIA DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR SEXO



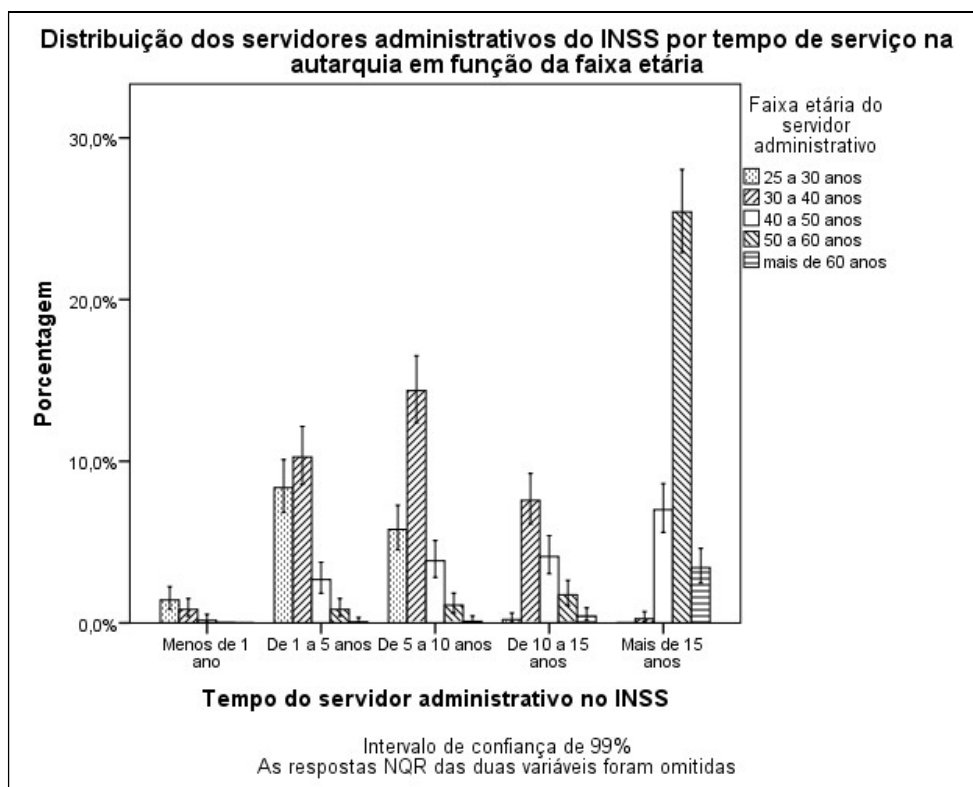
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.3 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR TEMPO DE TRABALHO NO INSS



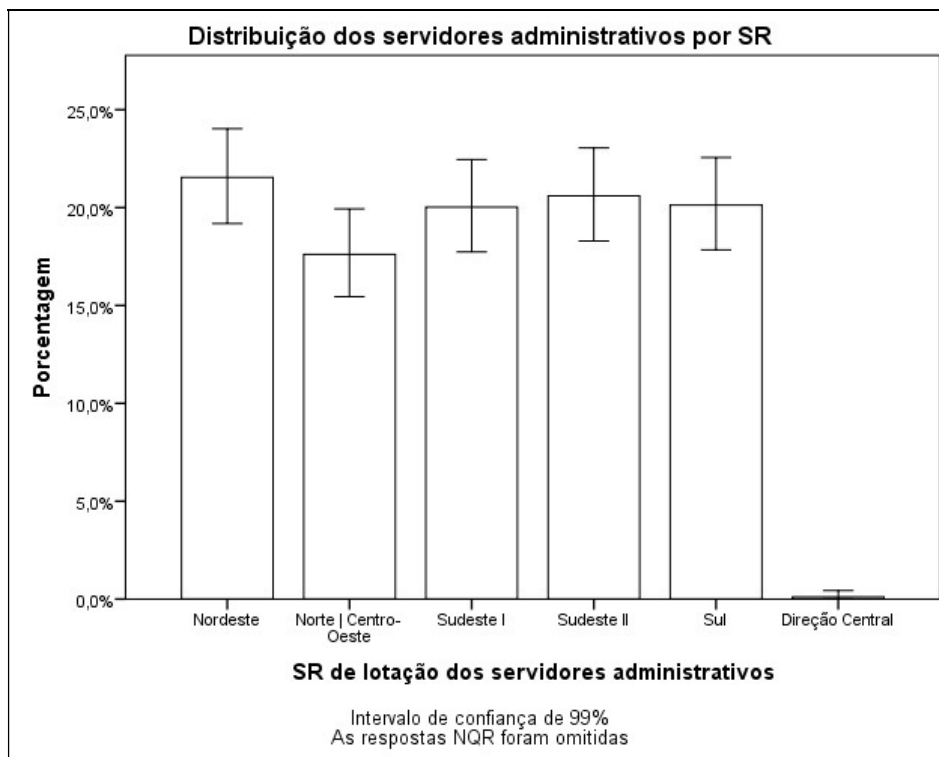
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.4 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS DO INSS POR TEMPO DE SERVIÇO NA AUTARQUIA EM FUNÇÃO DA FAIXA ETÁRIA



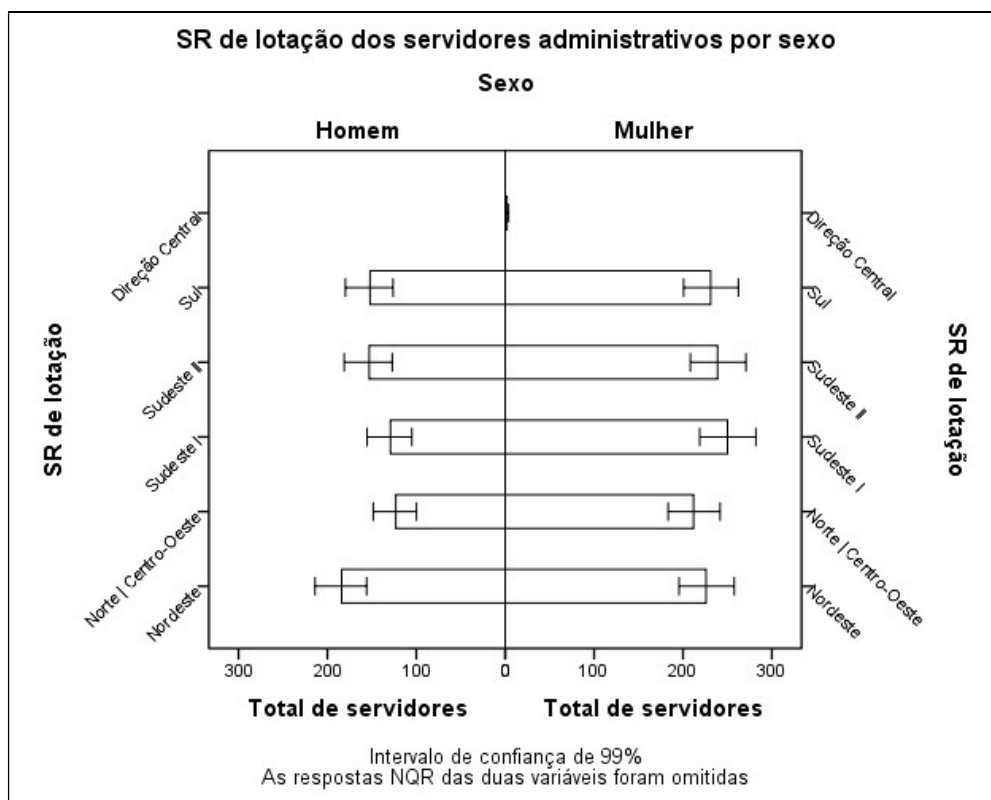
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.5 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR SR



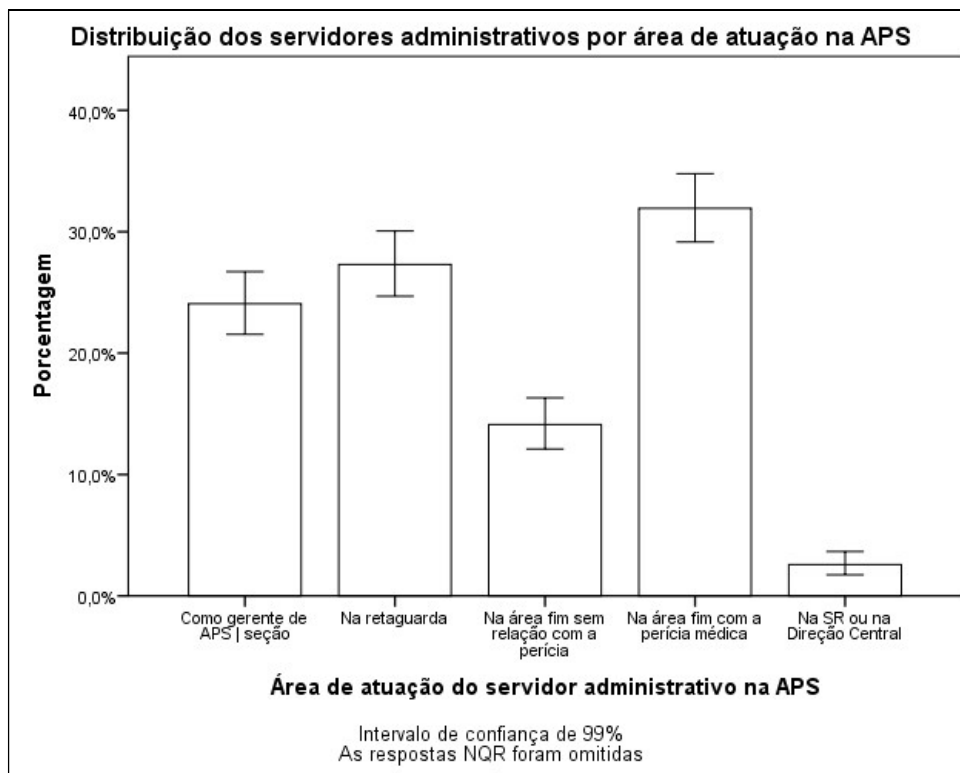
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.6 – SR DE LOTAÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR SEXO



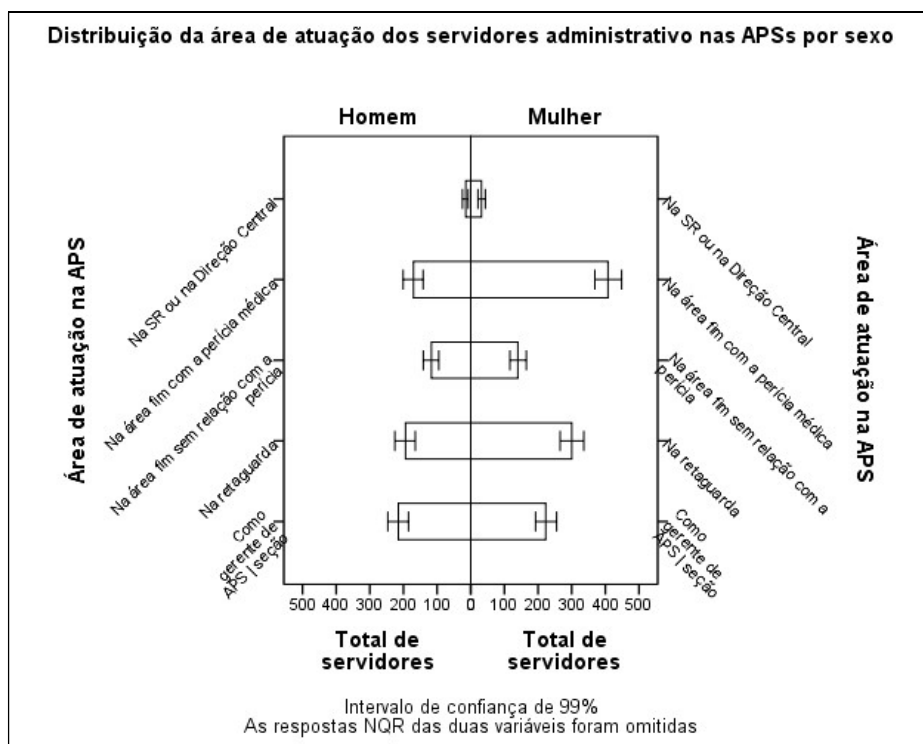
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.7 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS POR ÁREA DE ATUAÇÃO NA APS



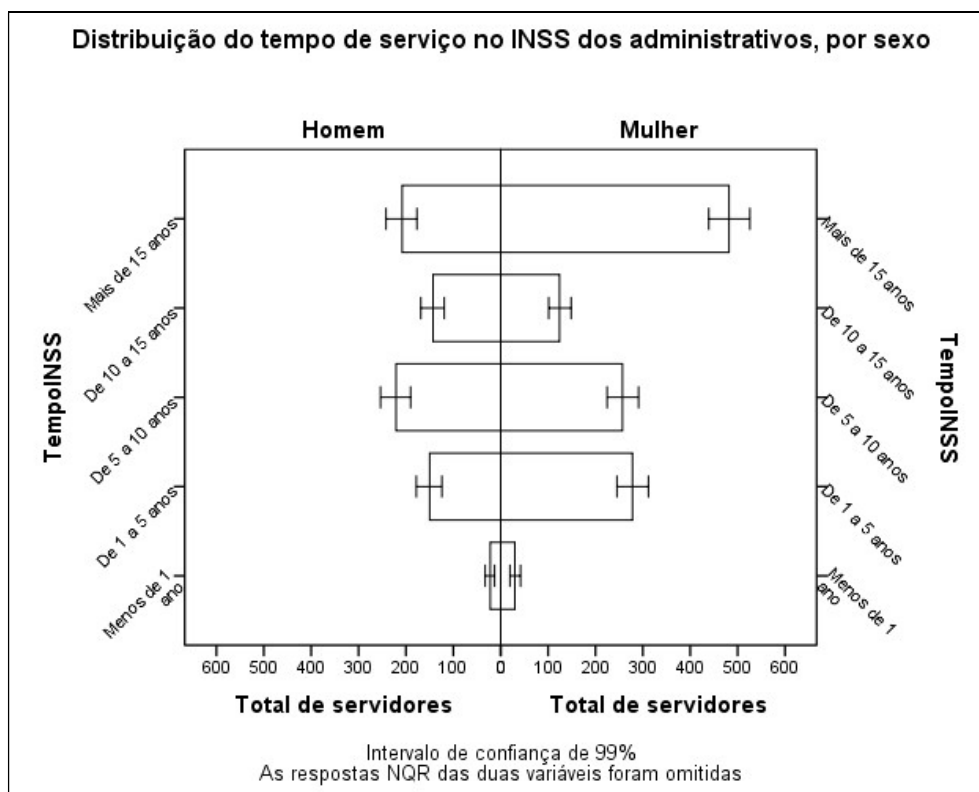
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.8 – DISTRIBUIÇÃO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS NAS APSS POR SEXO



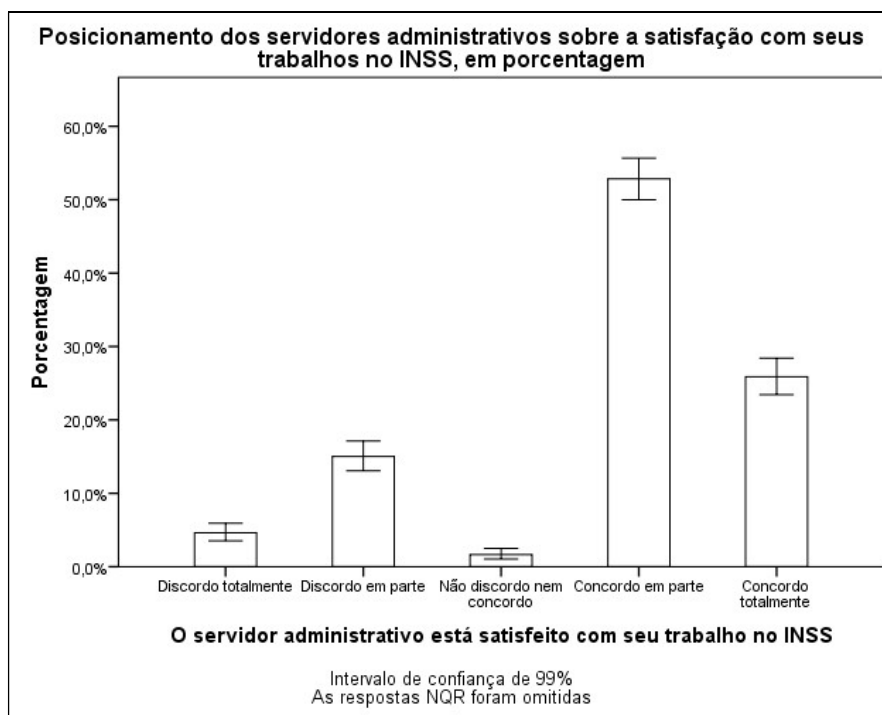
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.9 – DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DE SERVIÇO NO INSS DOS ADMINISTRATIVOS, POR SEXO



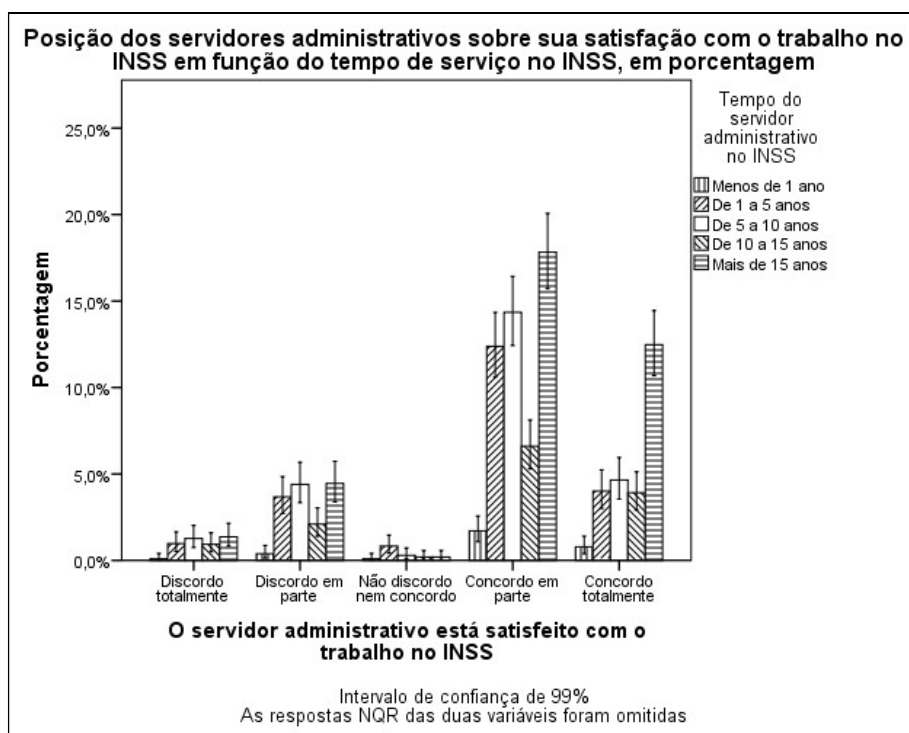
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.10 – POSICIONAMENTO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS SOBRE A SATISFAÇÃO COM SEUS TRABALHOS NO INSS



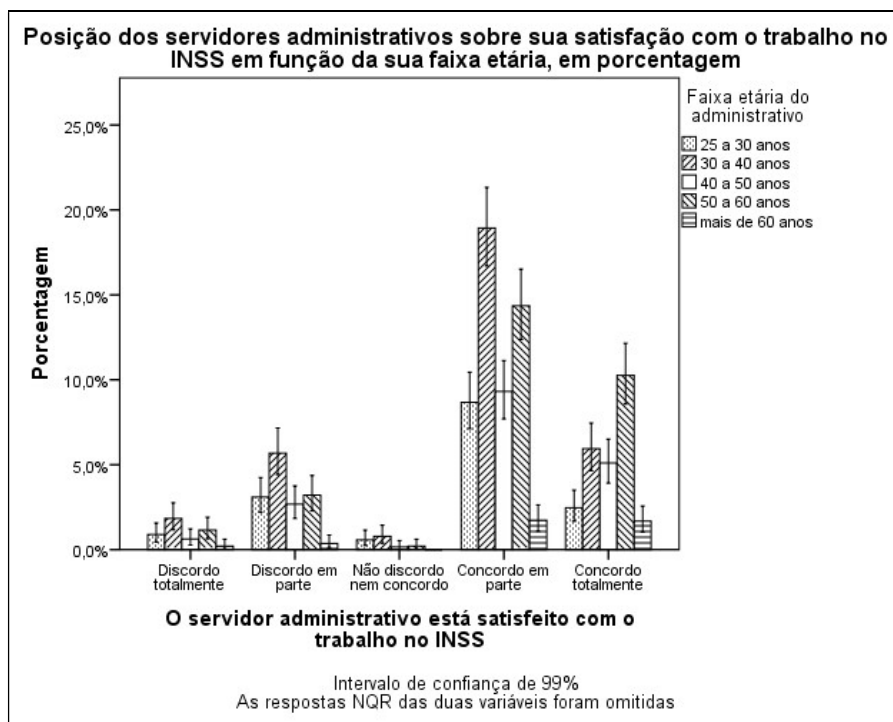
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.11 – POSIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS SOBRE SUA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO NO INSS EM FUNÇÃO DO TEMPO DE SERVIÇO NO INSS



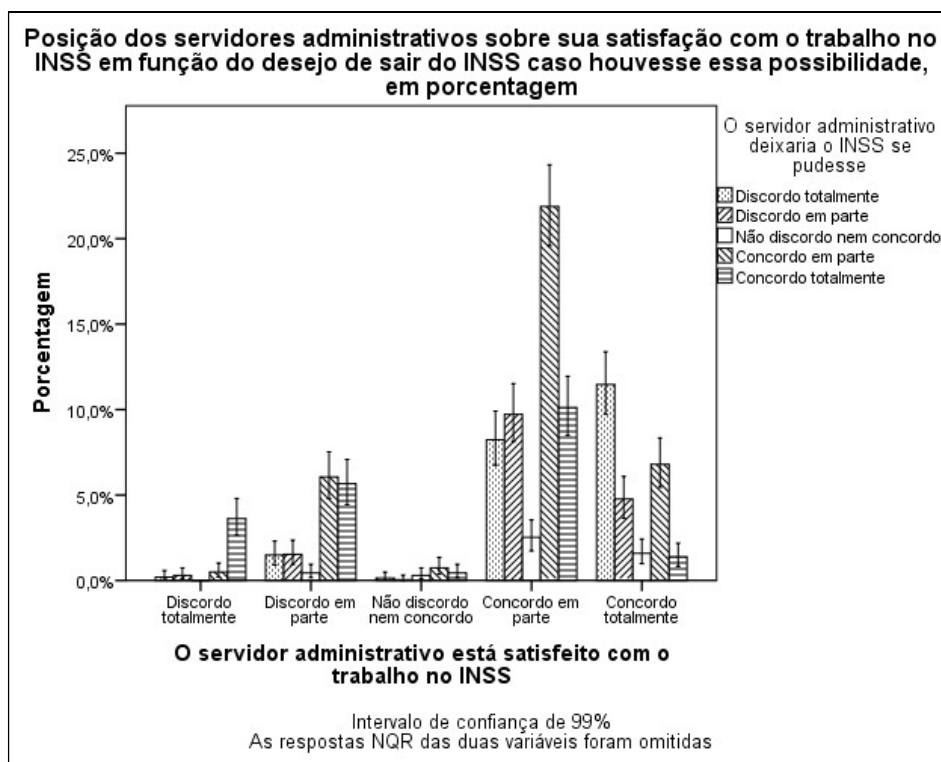
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.12 – POSIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS SOBRE SUA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO NO INSS EM FUNÇÃO DE SUA FAIXA ETÁRIA



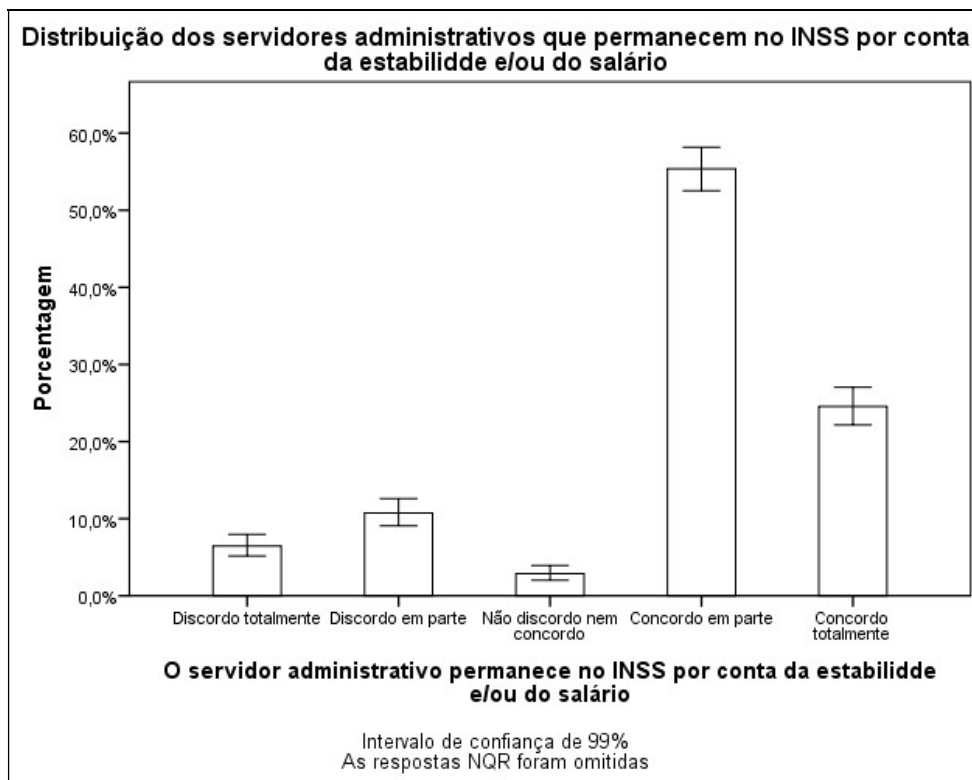
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.13 – POSIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS SOBRE SUA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO NO INSS EM FUNÇÃO DO DESEJO DE SAIR DO INSS CASO HOUVESSE ESSA POSSIBILIDADE



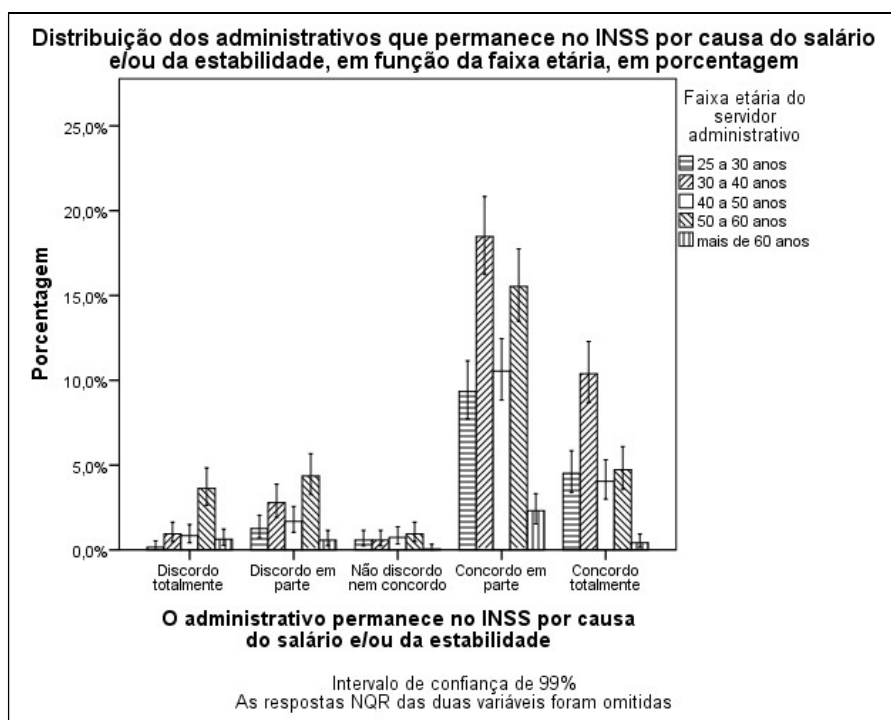
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.14 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS QUE PERMANECEM NO INSS POR CONTA DA ESTABILIDADE E/OU DO SALÁRIO



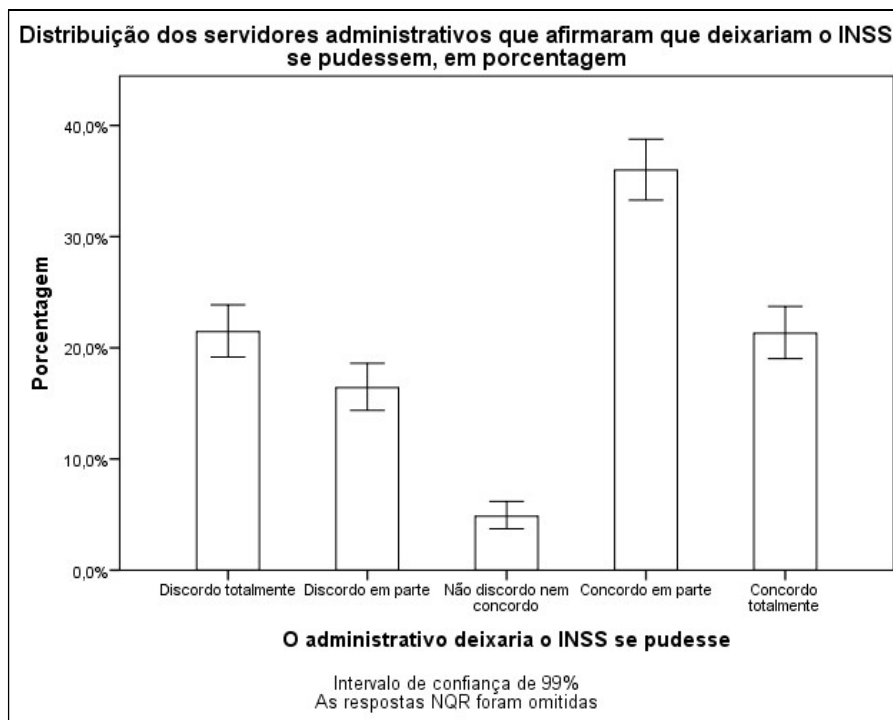
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.15 – DISTRIBUIÇÃO DOS ADMINISTRATIVOS QUE PERMANECEM NO INSS POR CAUSA DO SALÁRIO E/OU DA ESTABILIDADE, EM FUNÇÃO DA FAIXA ETÁRIA



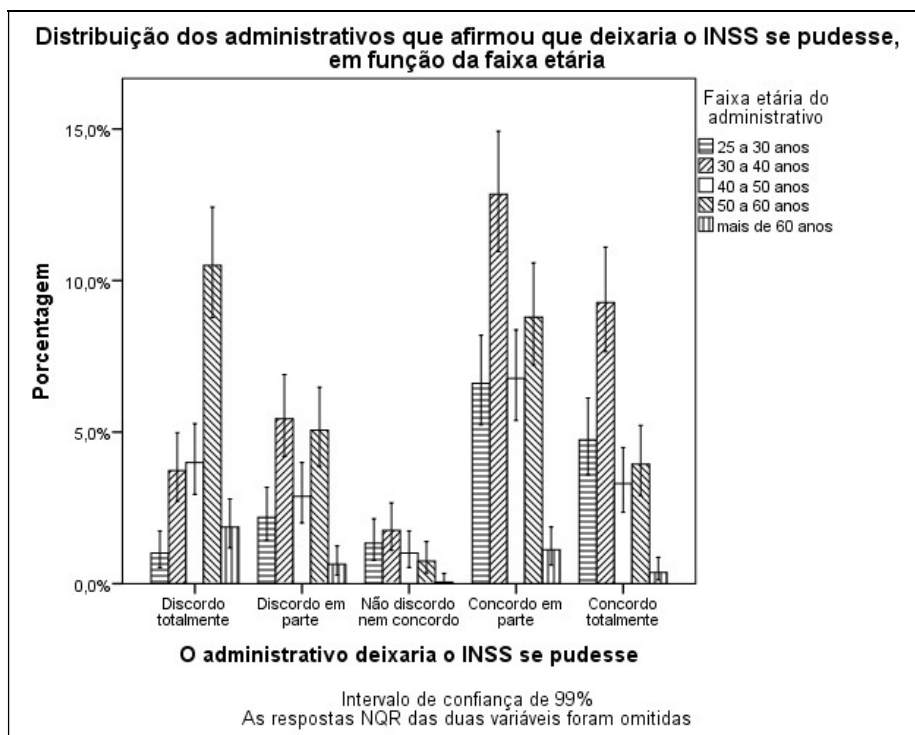
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.16 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS QUE AFIRMARAM QUE DEIXARIAM O INSS SE PUDESSEM



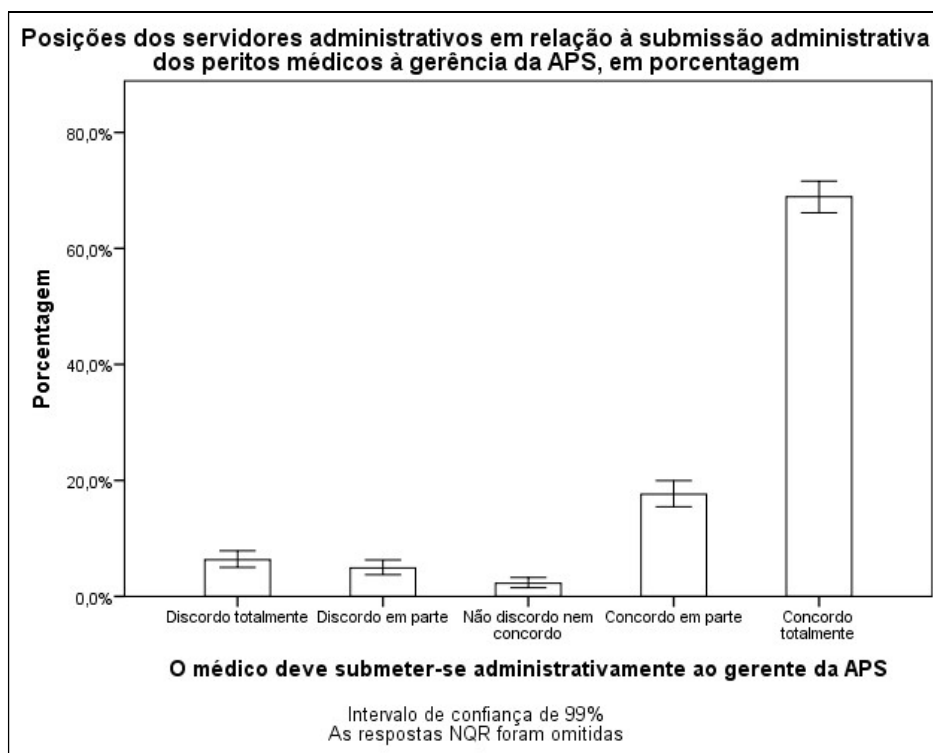
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.17 – DISTRIBUIÇÃO DOS ADMINISTRATIVOS QUE AFIRMARAM QUE DEIXARIAM O INSS SE PUDESSEM, EM FUNÇÃO DA FAIXA ETÁRIA



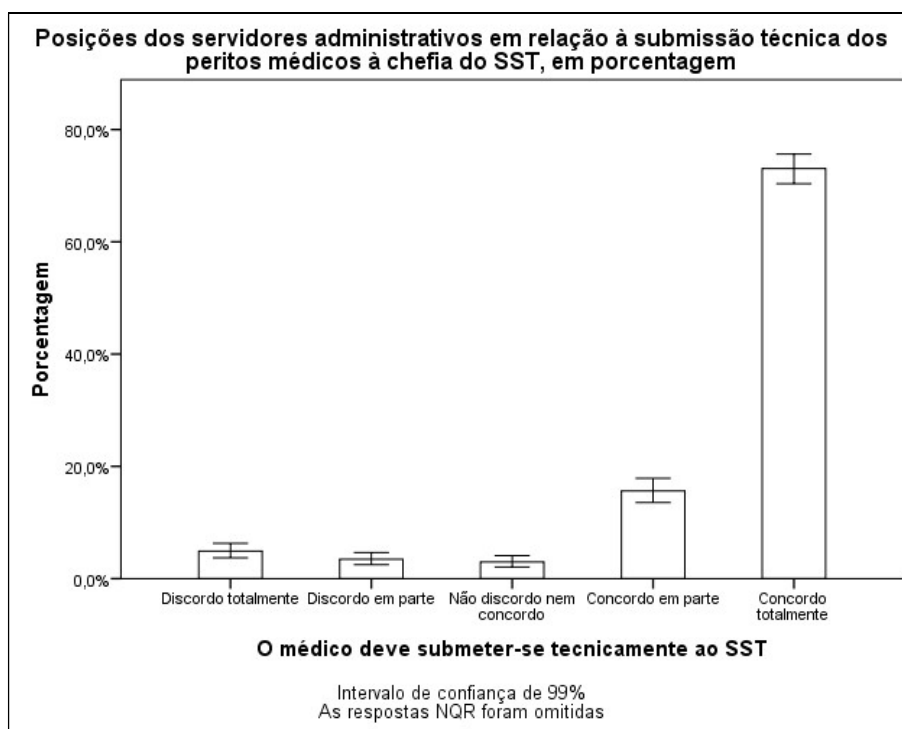
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.18 – POSIÇÕES DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS EM RELAÇÃO À SUBMISSÃO ADMINISTRATIVA DOS PERITOS MÉDICOS À GERÊNCIA DA APS



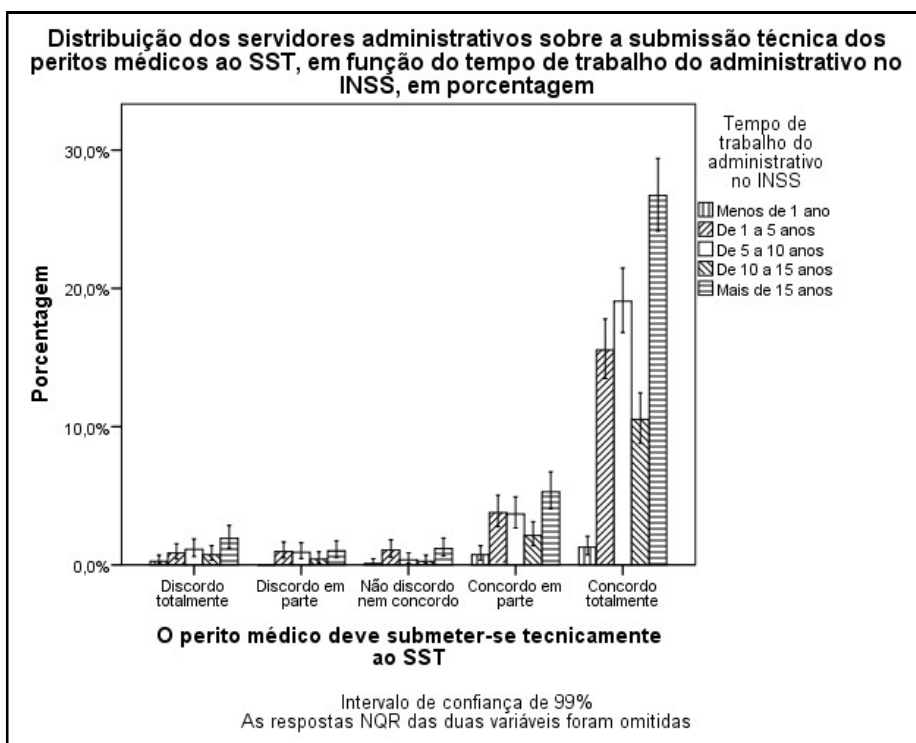
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.19 – POSIÇÕES DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS EM RELAÇÃO À SUBMISSÃO TÉCNICA DOS PERITOS MÉDICOS À CHEFIA DO SST



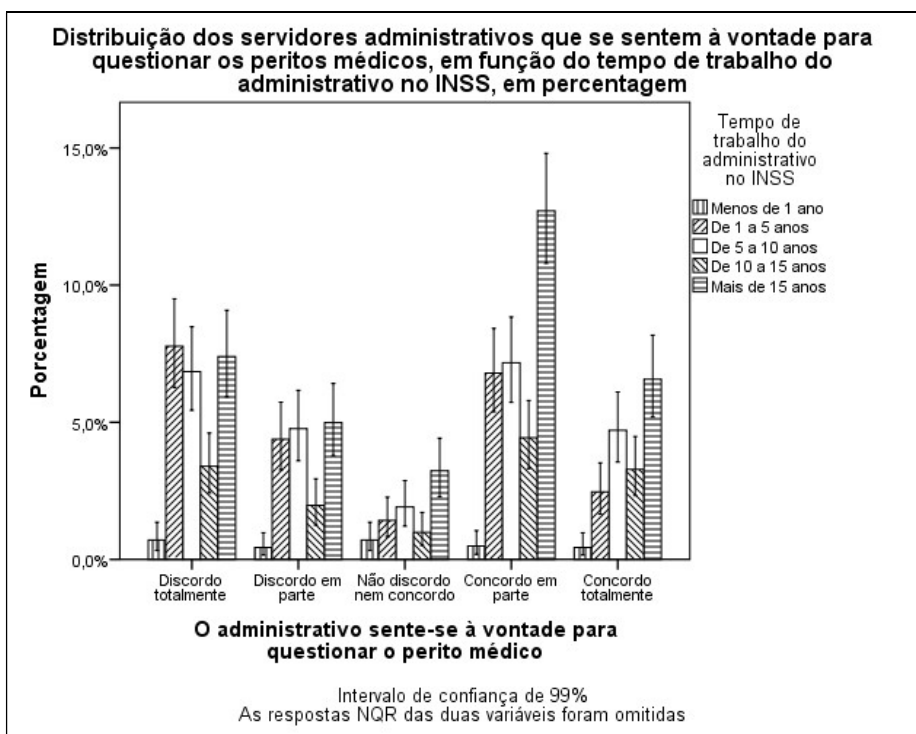
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.20 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS SOBRE A SUBMISSÃO TÉCNICA DOS PERITOS MÉDICOS AO SST, EM FUNÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO DO ADMINISTRATIVO NO INSS



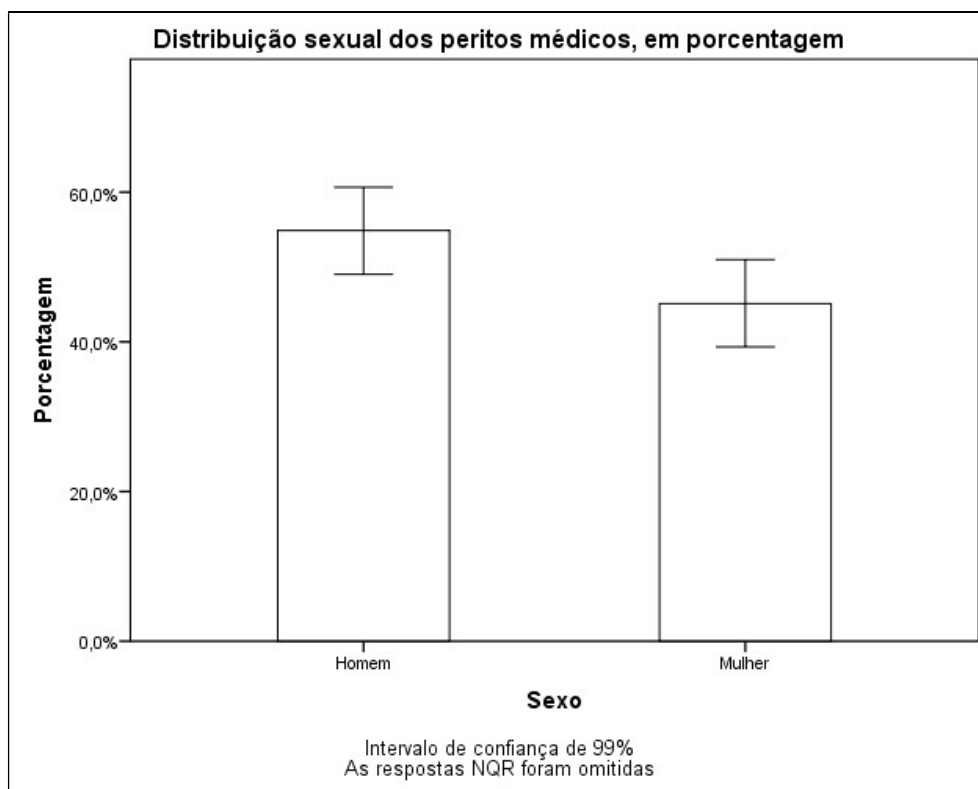
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.21 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS QUE SE SENTEM À VONTADE PARA QUESTIONAR OS PERITOS MÉDICOS, EM FUNÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO DO ADMINISTRATIVO NO INSS



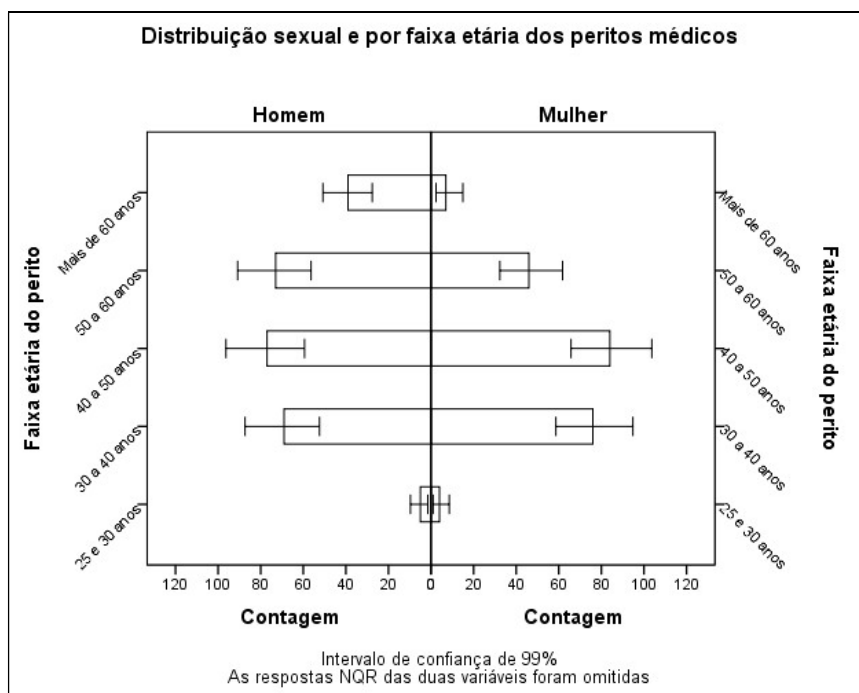
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.22 – DISTRIBUIÇÃO SEXUAL DOS PERITOS MÉDICOS



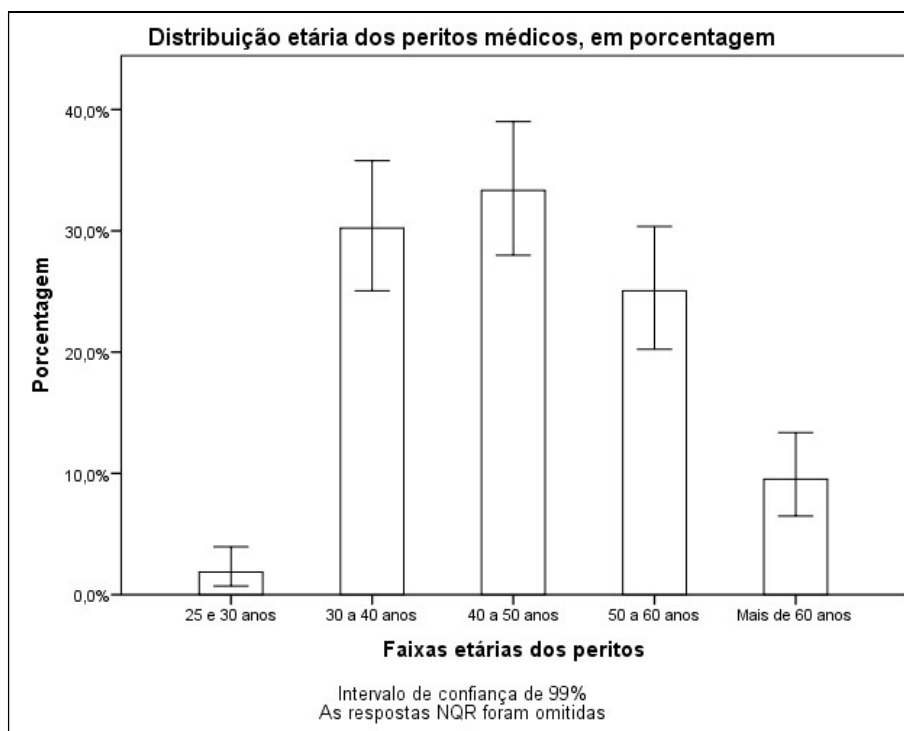
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.23 – DISTRIBUIÇÃO SEXUAL E POR FAIXA ETÁRIA DOS PERITOS MÉDICOS



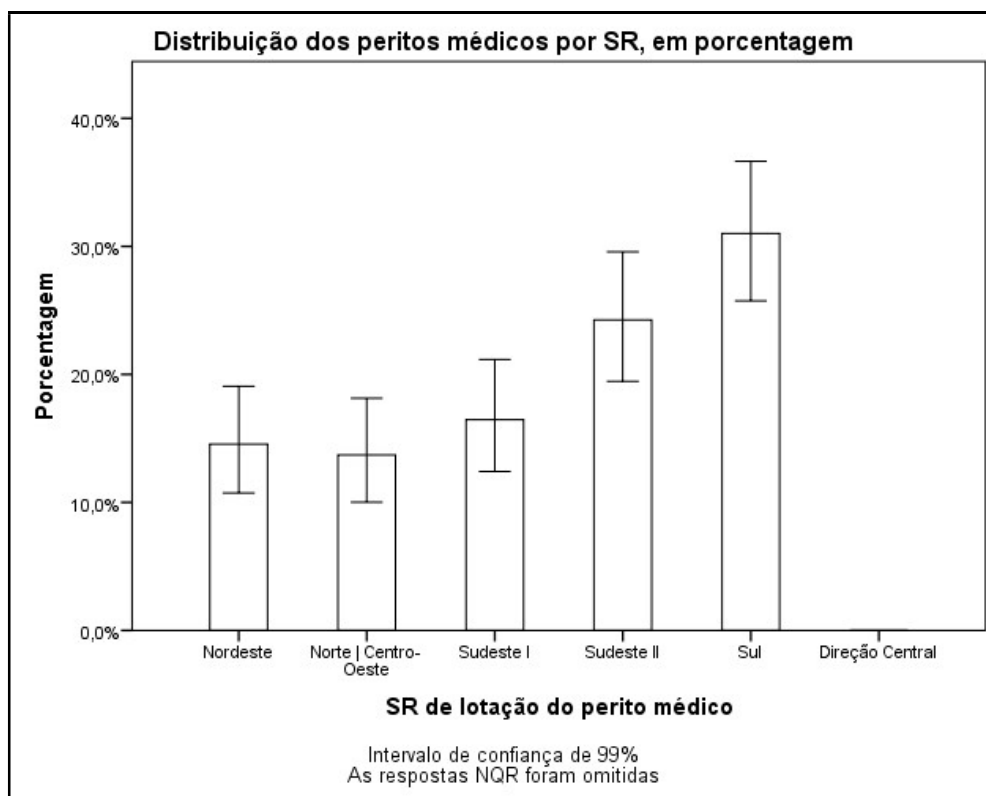
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.24 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS PERITOS MÉDICOS



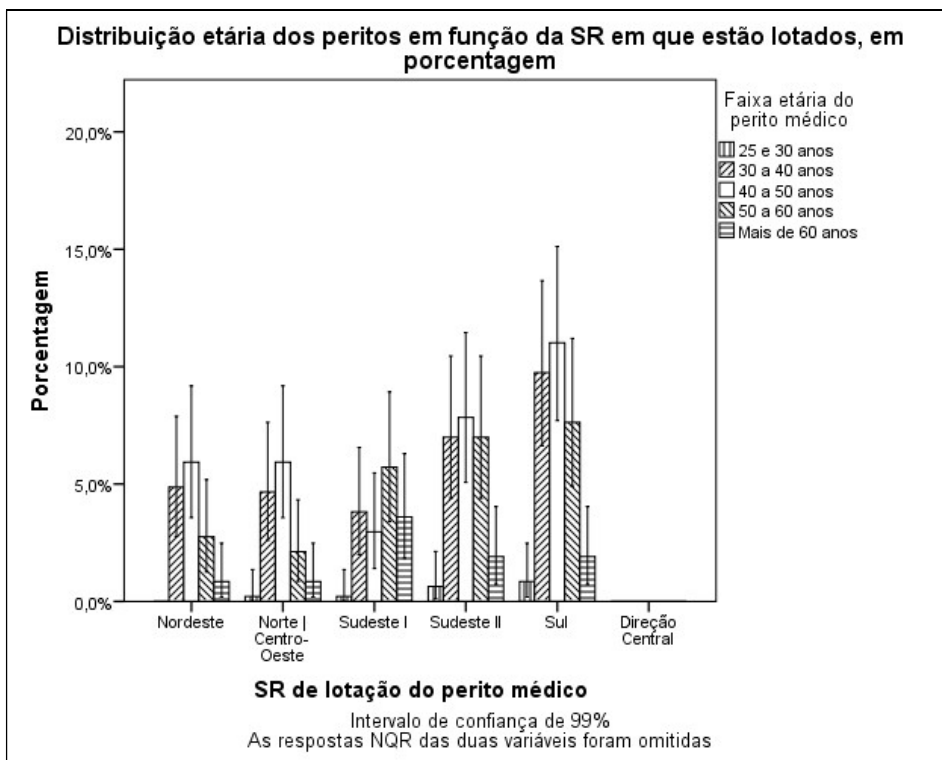
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.25 – DISTRIBUIÇÃO DOS PERITOS MÉDICOS POR SR



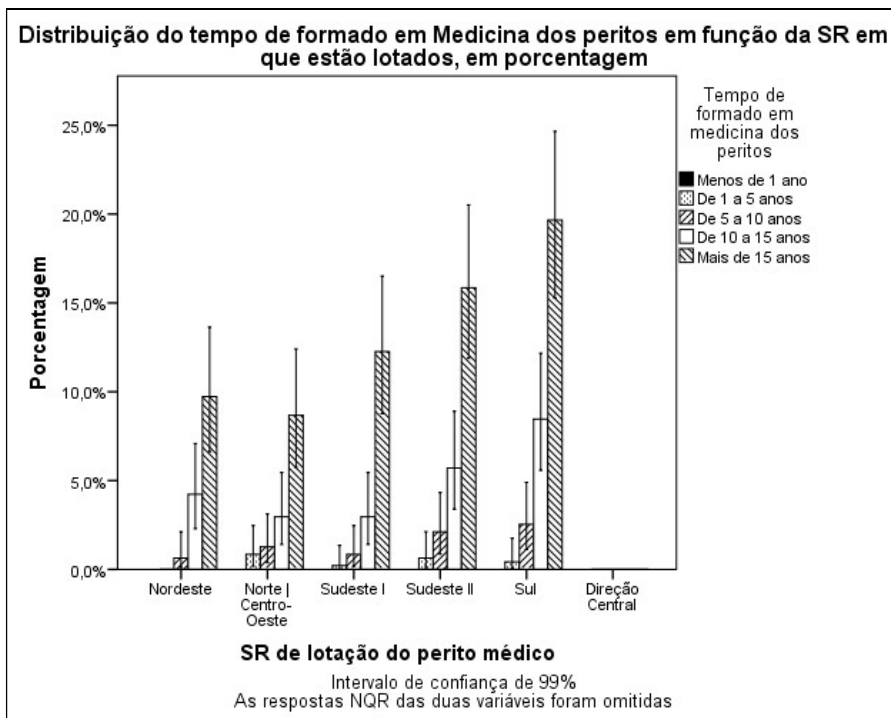
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.26 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS PERITOS EM FUNÇÃO DA SR EM QUE ESTÃO LOTADOS



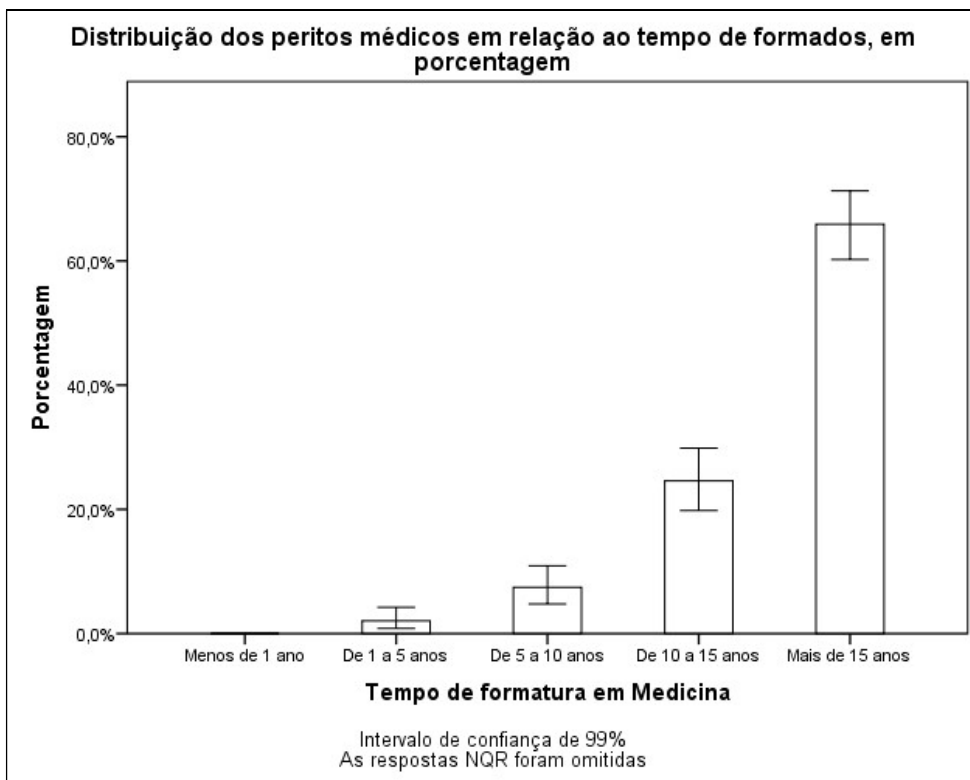
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.27 – DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DE FORMADOS EM MEDICINA DOS PERITOS EM FUNÇÃO DA SR EM QUE ESTÃO LOTADOS



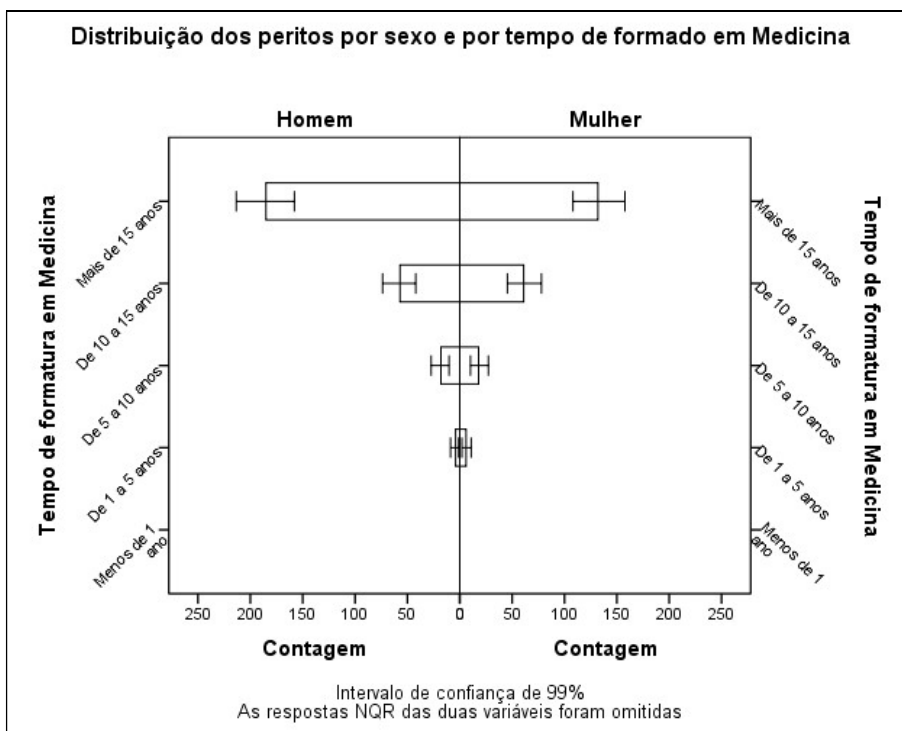
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.28 – DISTRIBUIÇÃO DOS PERITOS MÉDICOS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE FORMADOS



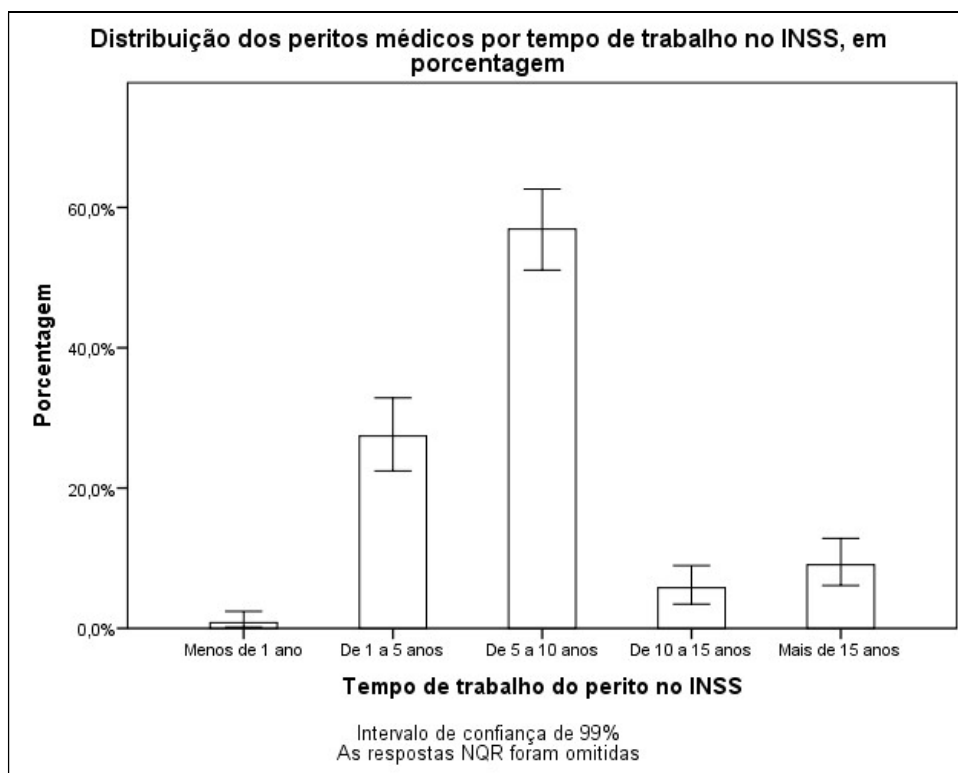
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.29 – DISTRIBUIÇÃO DOS PERITOS POR SEXO E POR TEMPO DE FORMADOS EM MEDICINA



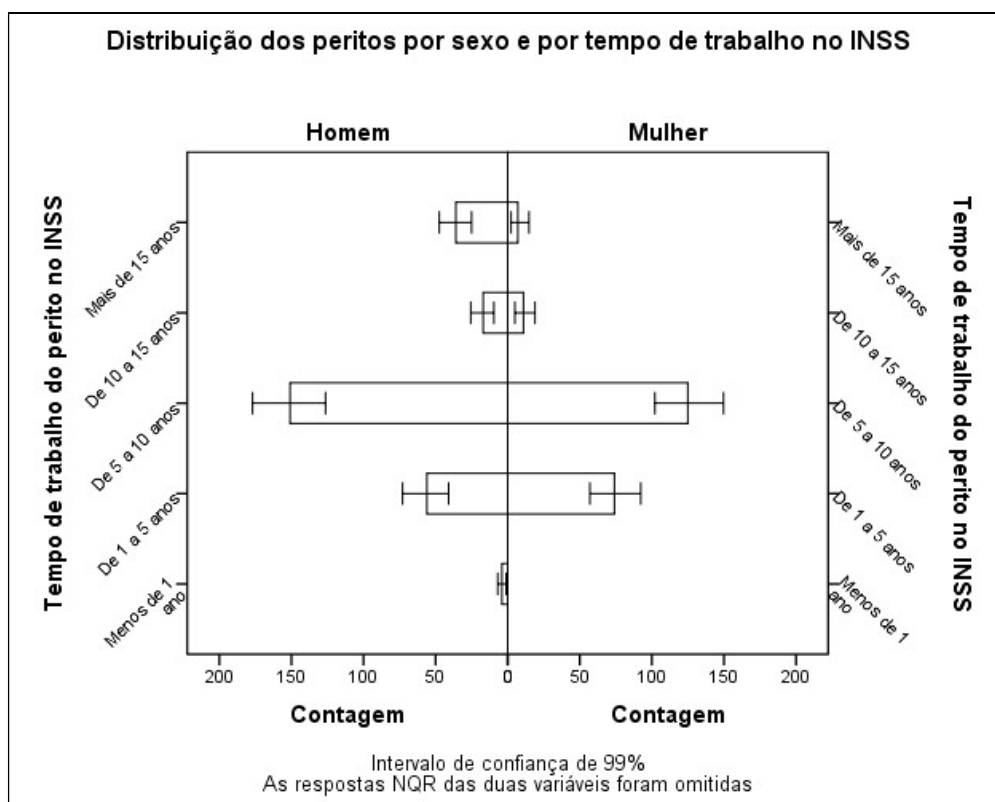
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.30 – DISTRIBUIÇÃO DOS PERITOS MÉDICOS POR TEMPO DE TRABALHO NO INSS



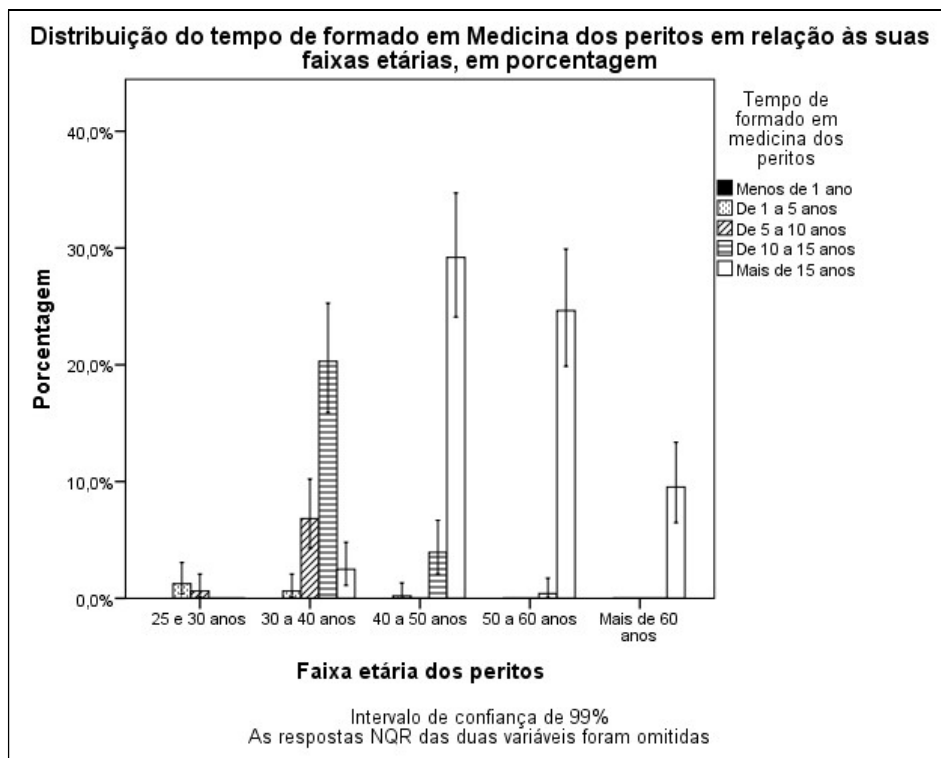
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.31 – DISTRIBUIÇÃO DOS PERITOS POR SEXO E POR TEMPO DE TRABALHO NO INSS



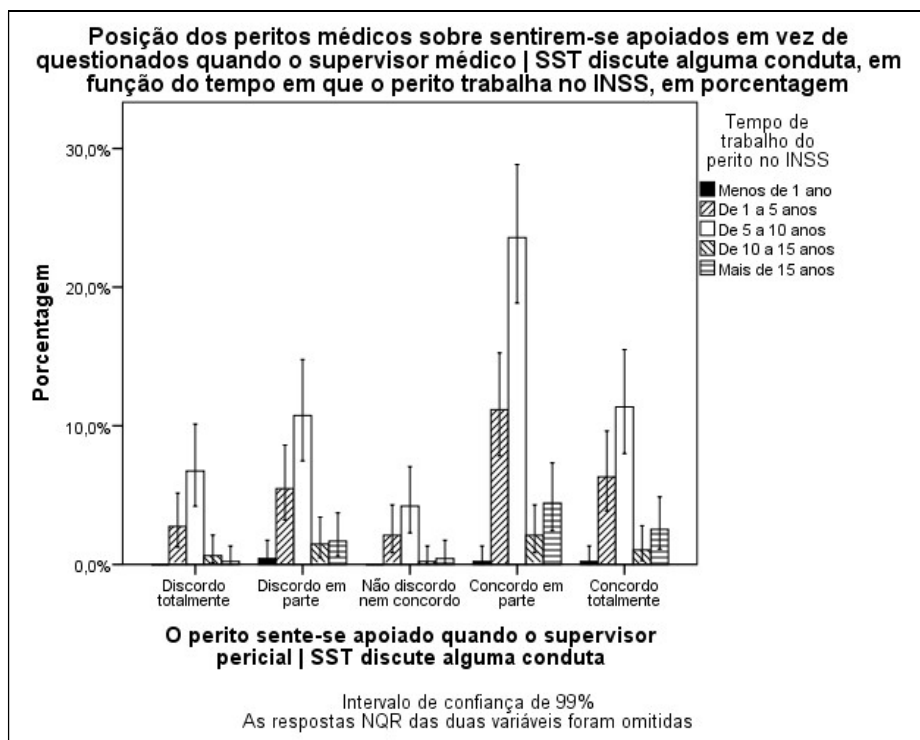
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.32 – DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DE FORMADOS EM MEDICINA DOS PERITOS EM RELAÇÃO ÀS SUAS FAIXAS ETÁRIAS



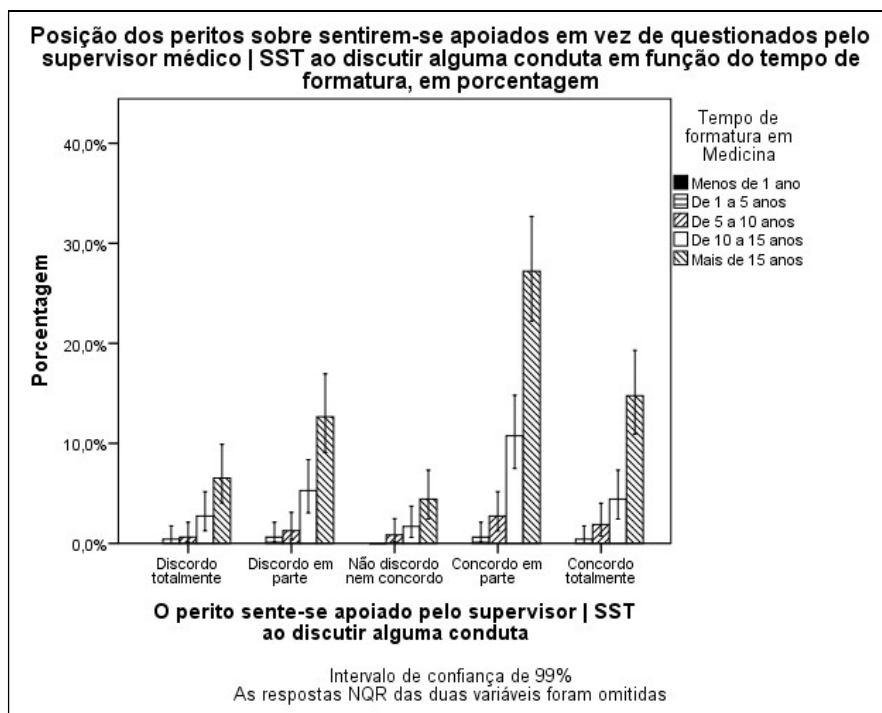
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.33 – POSIÇÃO DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SENTIREM-SE APOIADOS EM VEZ DE QUESTIONADOS QUANDO O SUPERVISOR MÉDICO/SST DISCUTE ALGUMA CONDUTA, EM FUNÇÃO DO TEMPO EM QUE O PERITO TRABALHA NO INSS



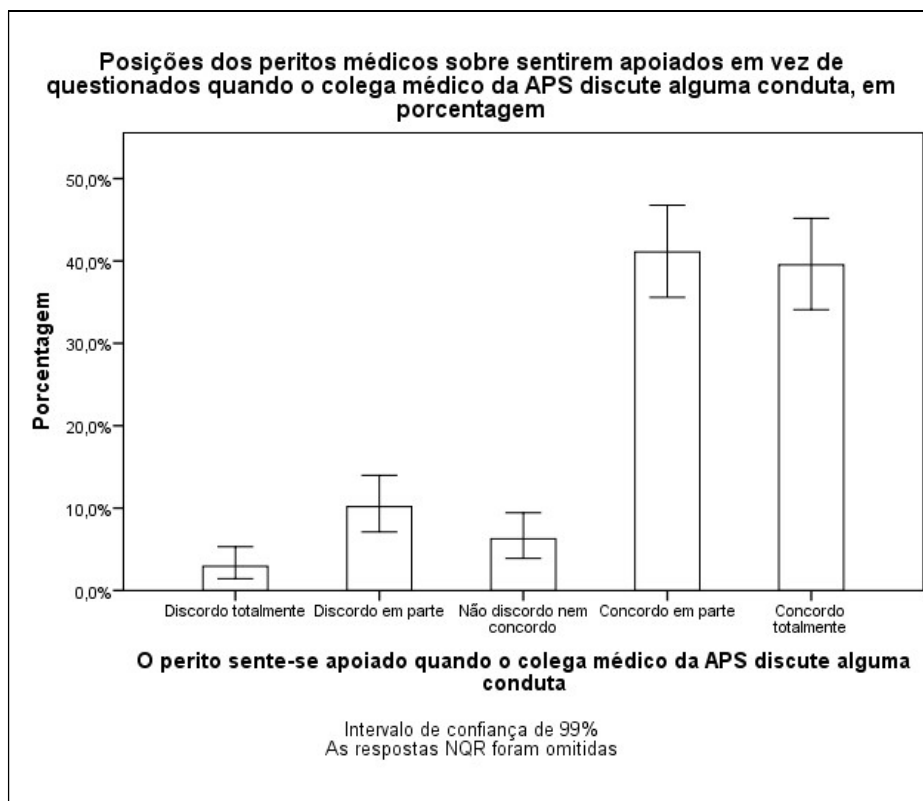
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.34 – POSIÇÃO DOS PERITOS SOBRE SENTIREM-SE APOIADOS EM VEZ DE QUESTIONADOS PELO SUPERVISOR MÉDICO/SST AO DISCUTIR ALGUMA CONDUTA EM FUNÇÃO DO TEMPO DE FORMATURA



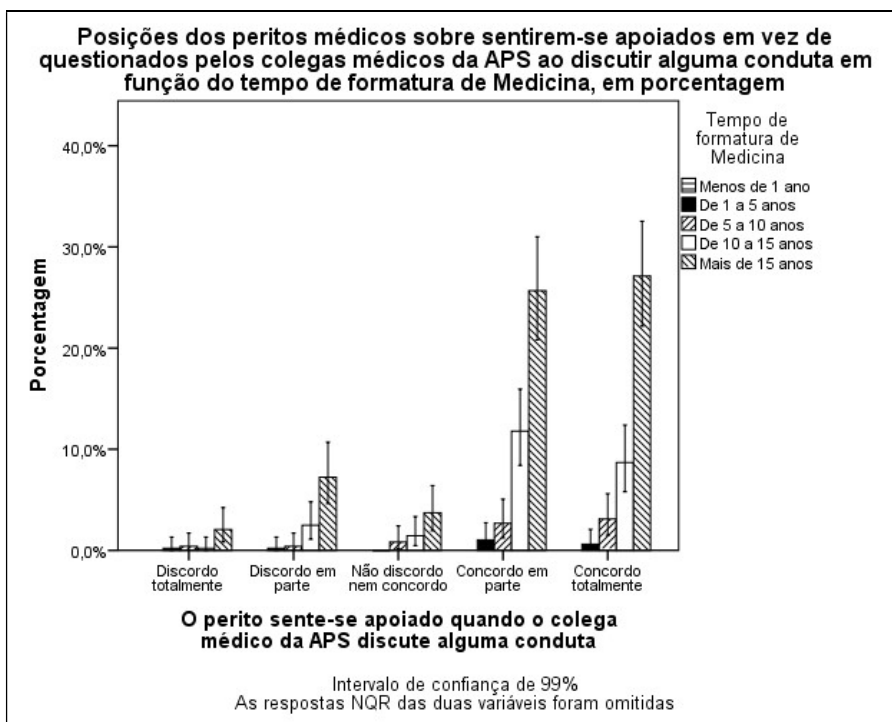
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.35 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SENTIREM-SE APOIADOS EM VEZ DE QUESTIONADOS QUANDO O COLEGA MÉDICO DA APS DISCUTE ALGUMA CONDUTA



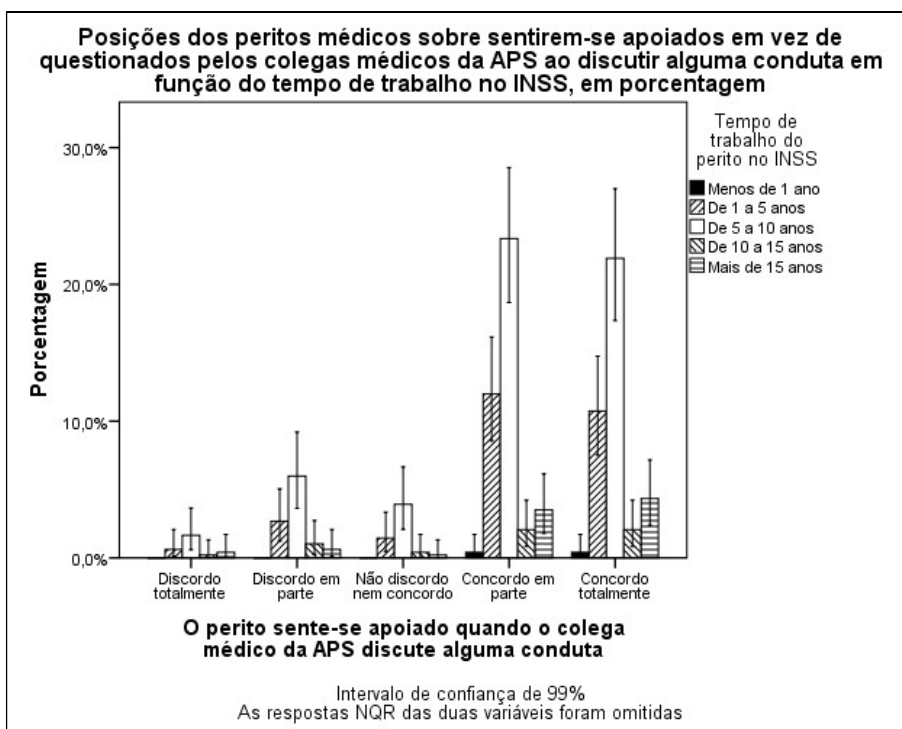
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.36 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SENTIREM-SE APOIADOS EM VEZ DE QUESTIONADOS PELOS COLEGAS MÉDICOS DA APS AO DISCUTIR ALGUMA CONDUTA, EM FUNÇÃO DO TEMPO DE FORMATURA EM MEDICINA



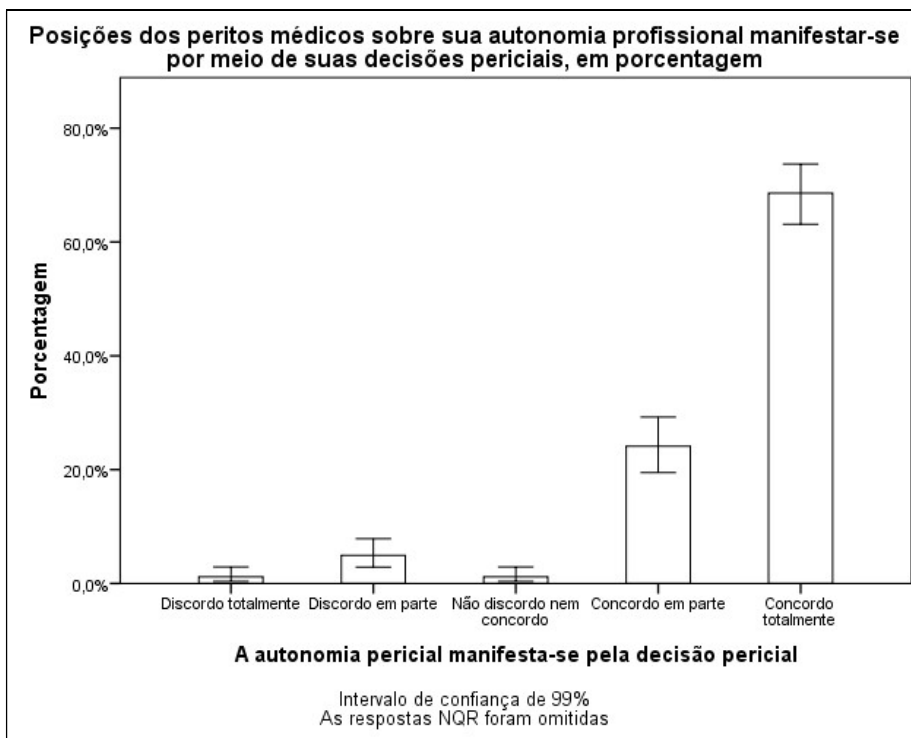
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.37 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SENTIREM-SE APOIADOS EM VEZ DE QUESTIONADOS PELOS COLEGAS MÉDICOS DA APS AO DISCUTIR ALGUMA CONDUTA EM FUNÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO NO INSS



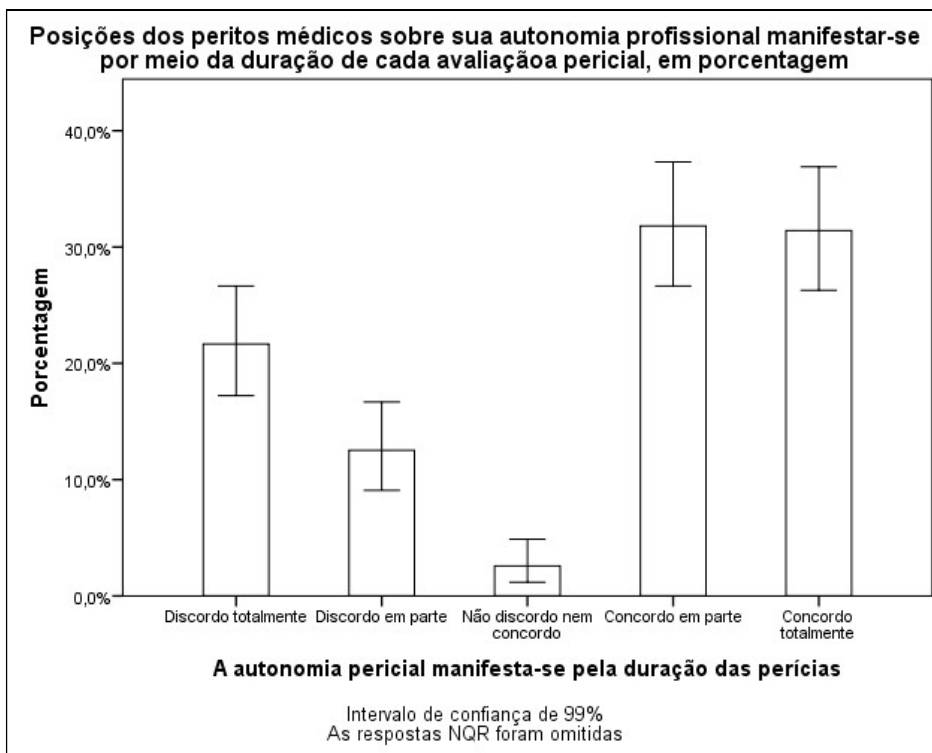
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.38 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SUA AUTONOMIA PROFISSIONAL MANIFESTAR-SE POR MEIO DE SUAS DECISÕES PERICIAIS



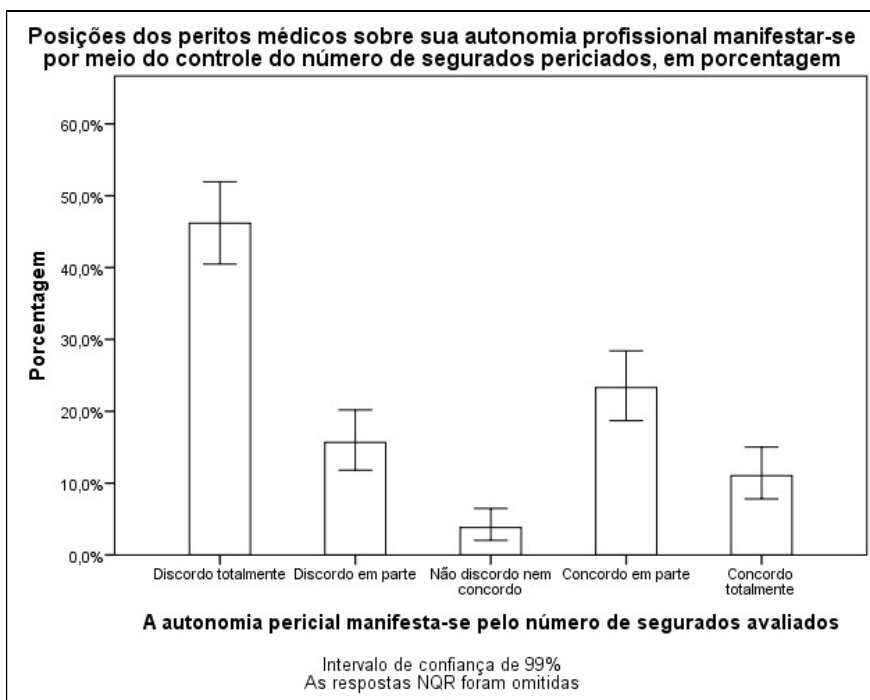
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.39 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SUA AUTONOMIA PROFISSIONAL MANIFESTAR-SE POR MEIO DA DURAÇÃO DE CADA AVALIAÇÃO PERICIAL



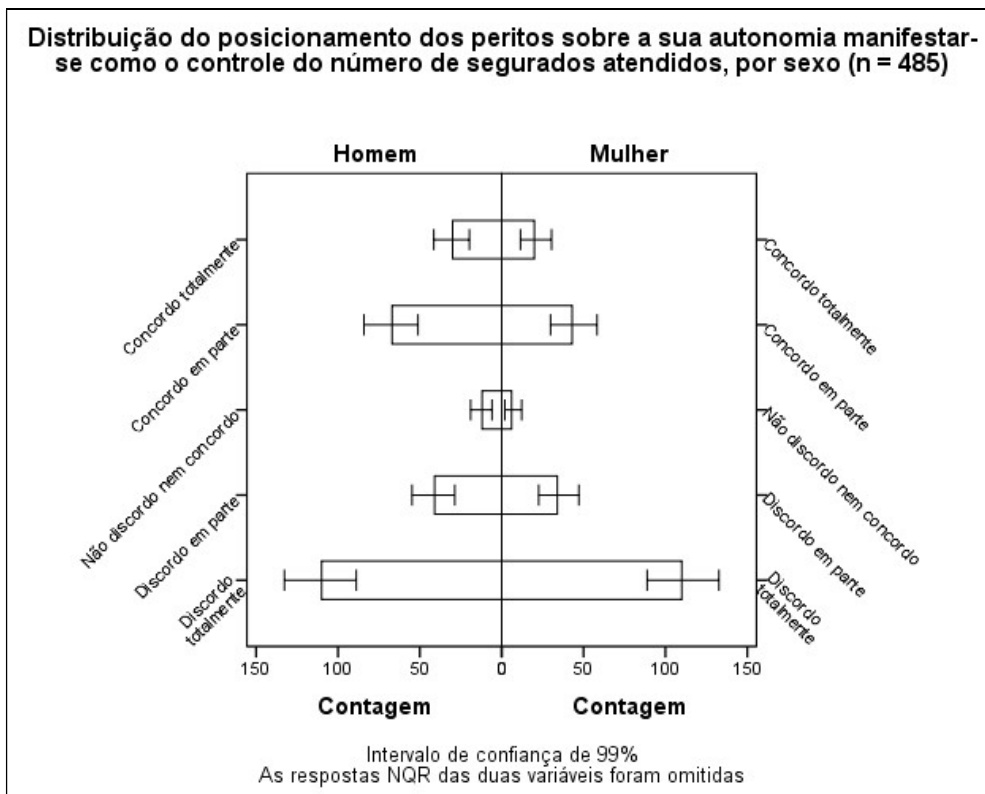
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.40 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SUA AUTONOMIA PROFISSIONAL MANIFESTAR-SE POR MEIO DO CONTROLE DO NÚMERO DE SEGURADOS PERICIADOS



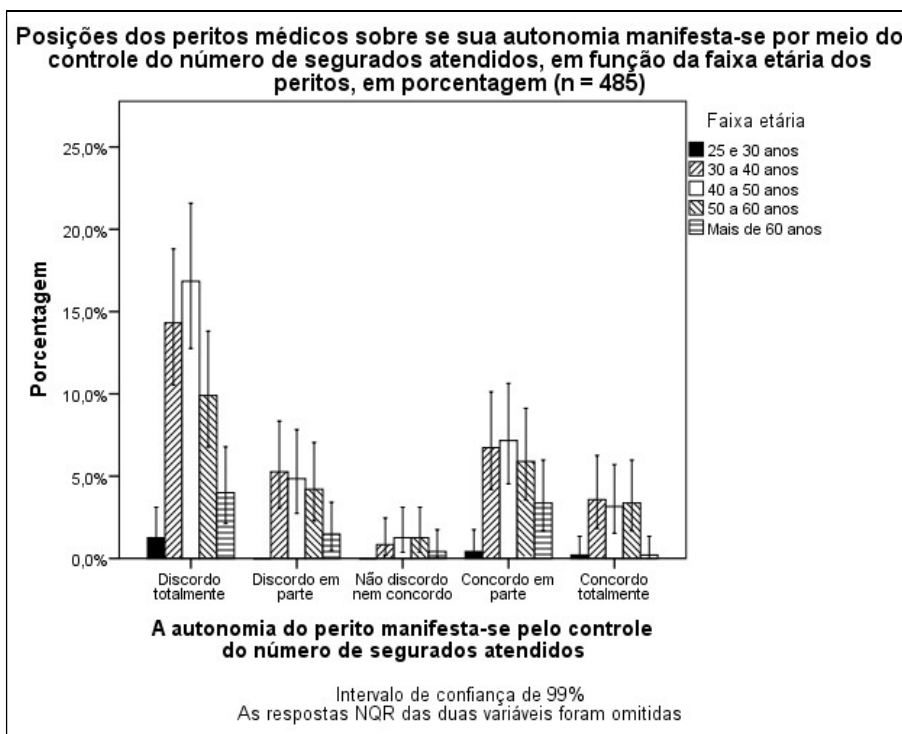
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.41 – DISTRIBUIÇÃO DO POSICIONAMENTO DOS PERITOS SOBRE A SUA AUTONOMIA MANIFESTAR-SE COMO O CONTROLE DO NÚMERO DE SEGURADOS ATENDIDOS, POR SEXO



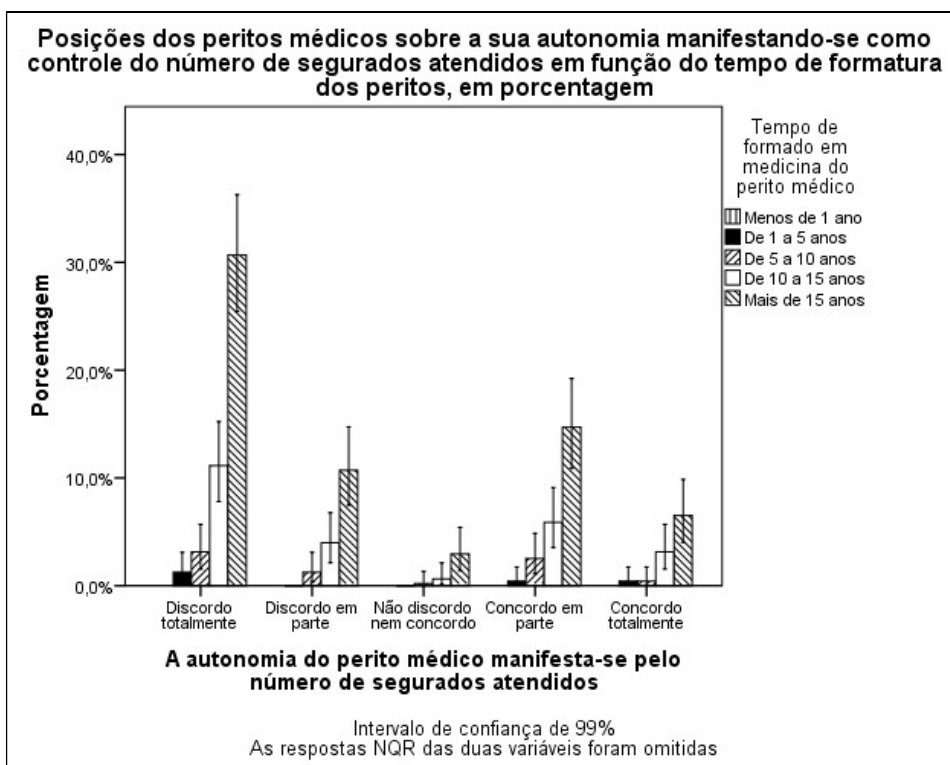
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.42 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SE SUA AUTONOMIA MANIFESTA-SE POR MEIO DO CONTROLE DO NÚMERO DE SEGURADOS ATENDIDOS, EM FUNÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DOS PERITOS



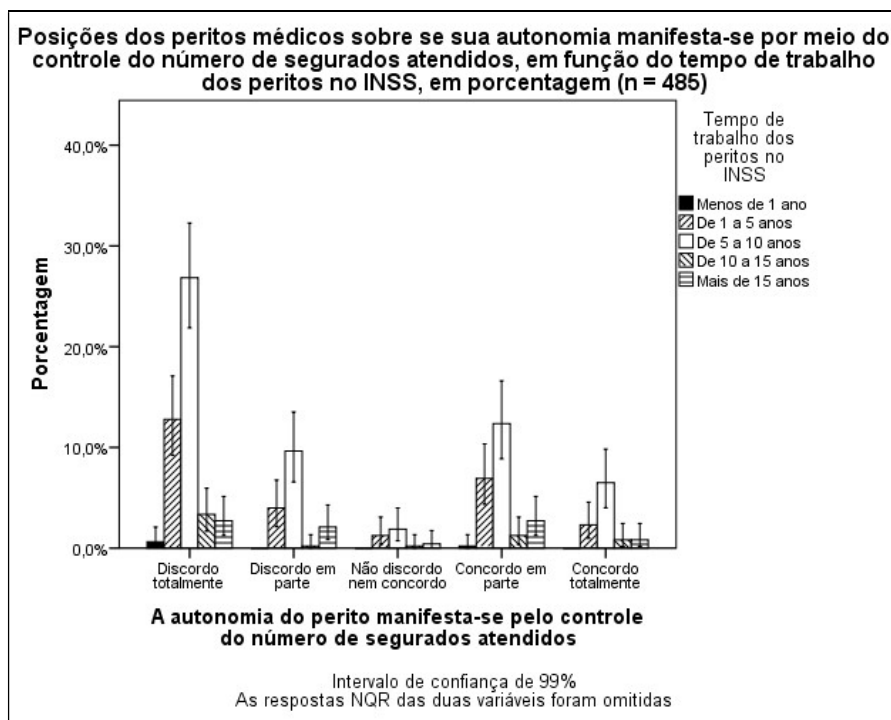
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.43 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE A SUA AUTONOMIA MANIFESTANDO-SE COMO CONTROLE DO NÚMERO DE SEGURADOS ATENDIDOS EM FUNÇÃO DO TEMPO DE FORMATURA DOS PERITOS



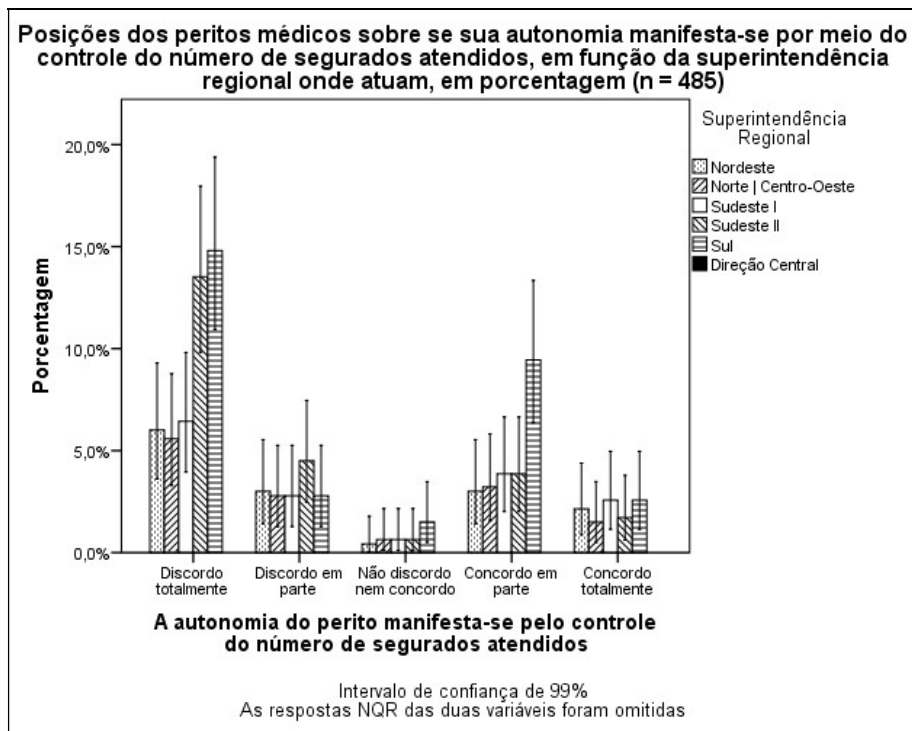
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.44 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SE SUA AUTONOMIA MANIFESTA-SE POR MEIO DO CONTROLE DO NÚMERO DE SEGURADOS ATENDIDOS, EM FUNÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO DOS PERITOS NO INSS



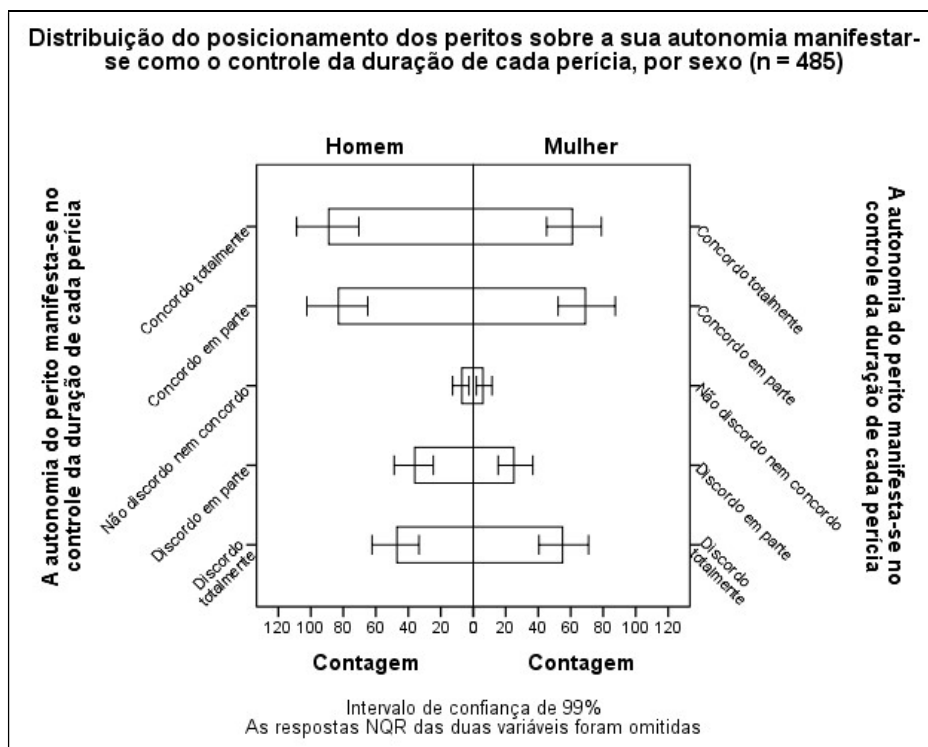
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.45 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SE SUA AUTONOMIA MANIFESTA-SE POR MEIO DO CONTROLE DO NÚMERO DE SEGURADOS ATENDIDOS, EM FUNÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL EM QUE ATUAM



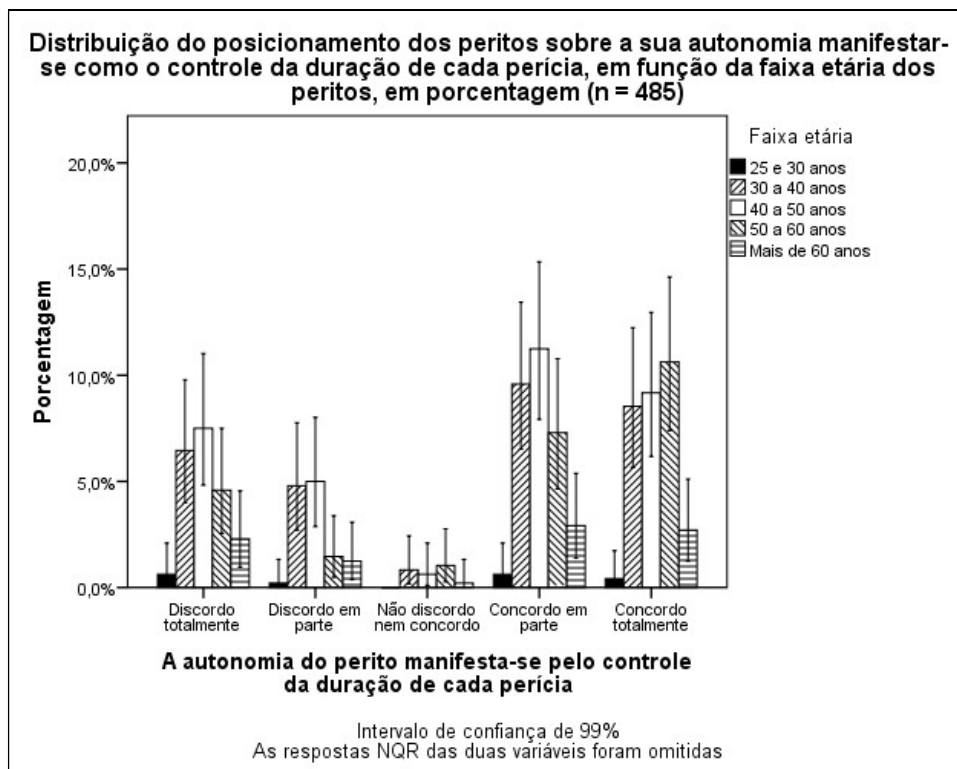
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.46 – DISTRIBUIÇÃO DO POSICIONAMENTO DOS PERITOS SOBRE A SUA AUTONOMIA MANIFESTAR-SE COMO O CONTROLE DA DURAÇÃO DE CADA PERÍCIA



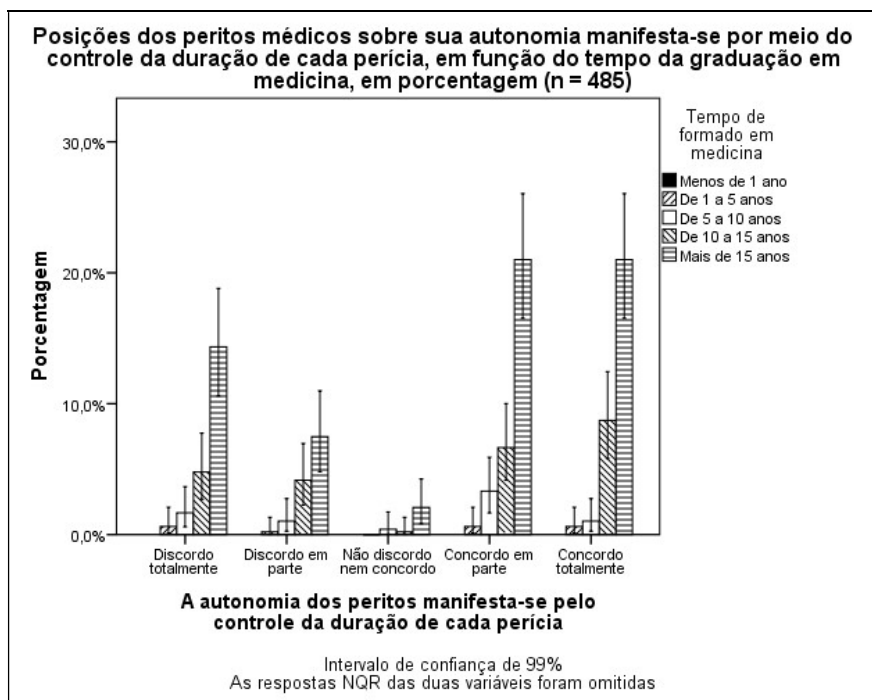
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.47 – DISTRIBUIÇÃO DO POSICIONAMENTO DOS PERITOS SOBRE A SUA AUTONOMIA MANIFESTAR-SE COMO O CONTROLE DA DURAÇÃO DE CADA PERÍCIA, EM FUNÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DOS PERITOS



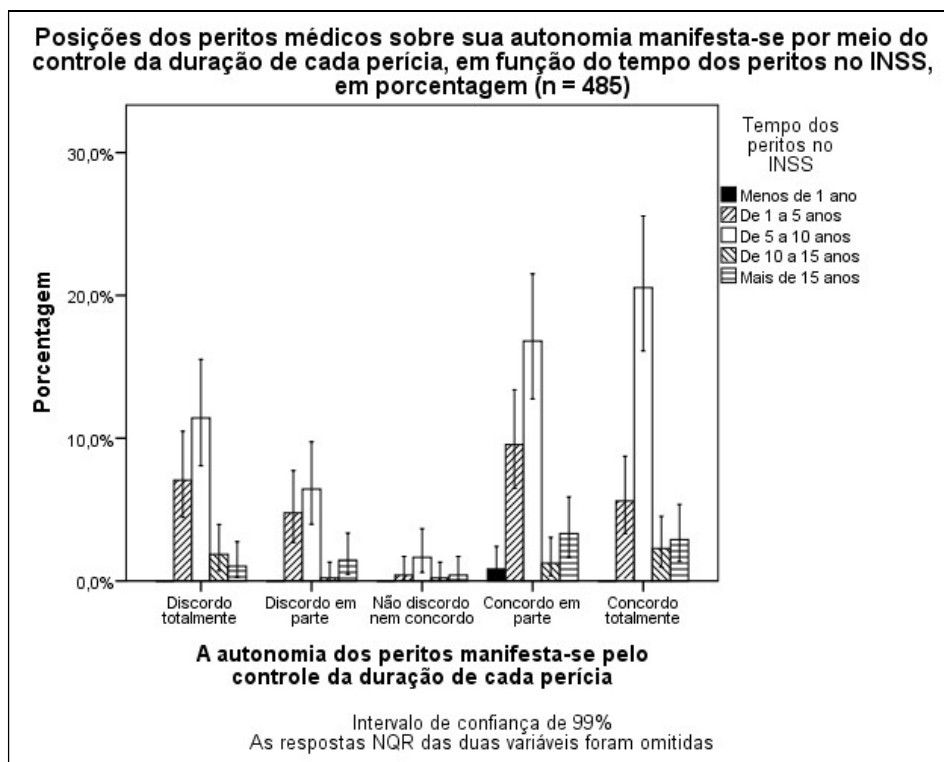
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.48 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SUA AUTONOMIA MANIFESTAR-SE POR MEIO DO CONTROLE DA DURAÇÃO DE CADA PERÍCIA, EM FUNÇÃO DO TEMPO DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA



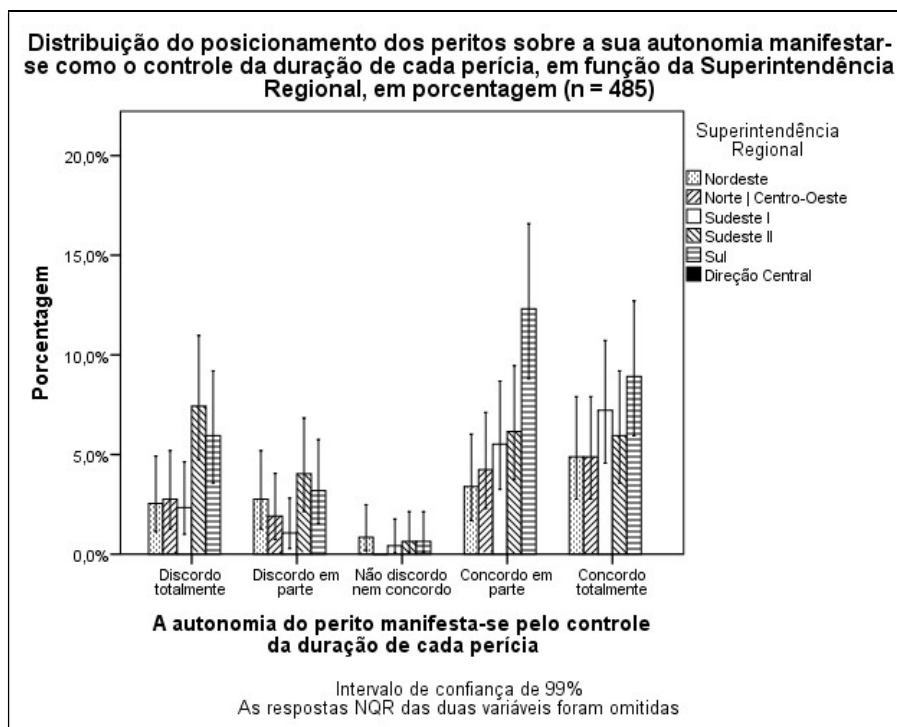
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.49 – POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SUA AUTONOMIA MANIFESTAR-SE POR MEIO DO CONTROLE DA DURAÇÃO DE CADA PERÍCIA, EM FUNÇÃO DO TEMPO DOS PERITOS NO INSS



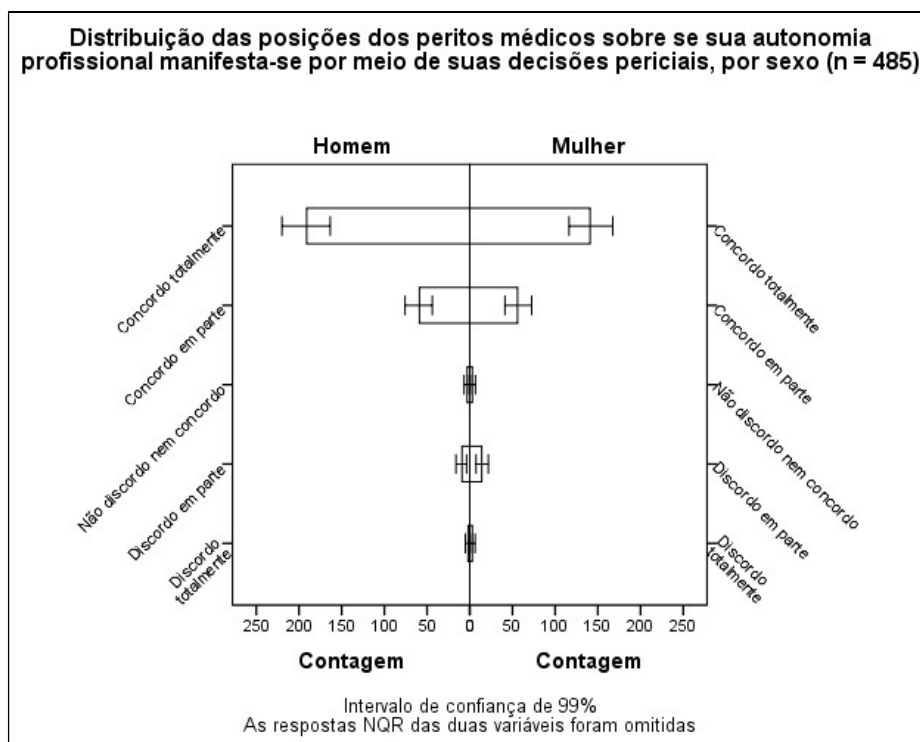
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.50 – DISTRIBUIÇÃO DO POSICIONAMENTO DOS PERITOS SOBRE A SUA AUTONOMIA MANIFESTAR-SE COMO O CONTROLE DA DURAÇÃO DE CADA PERÍCIA, EM FUNÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL



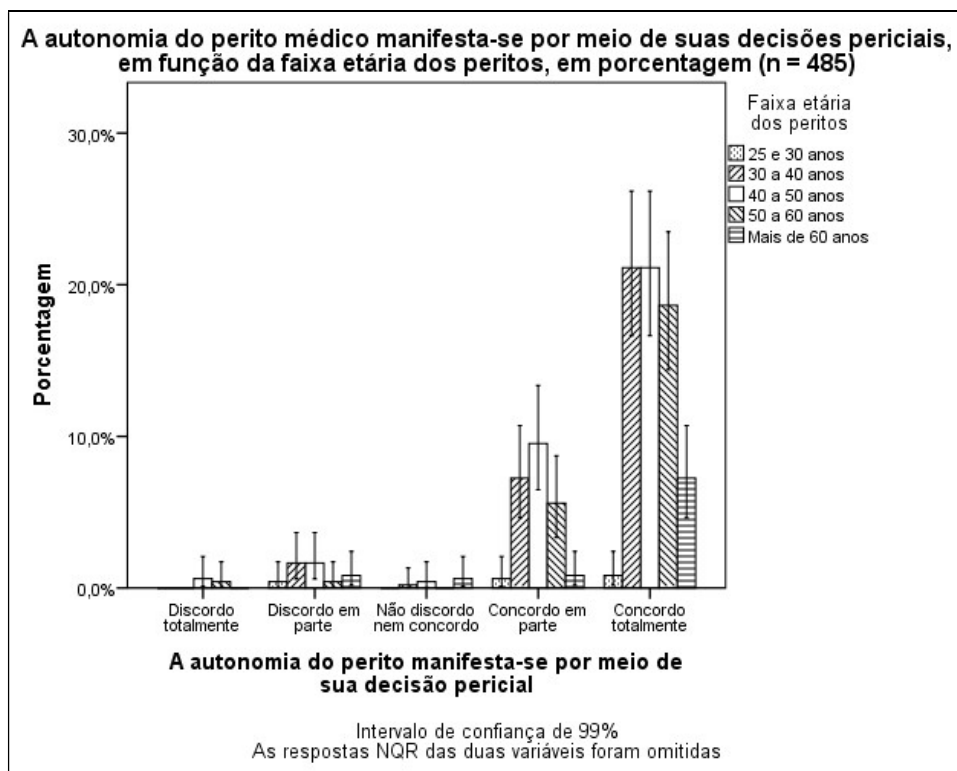
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.51 – DISTRIBUIÇÃO DAS POSIÇÕES DOS PERITOS MÉDICOS SOBRE SE SUA AUTONOMIA PROFISIONAL MANIFESTA-SE POR MEIO DE SUAS DECISÕES PERICIAIS, POR SEXO



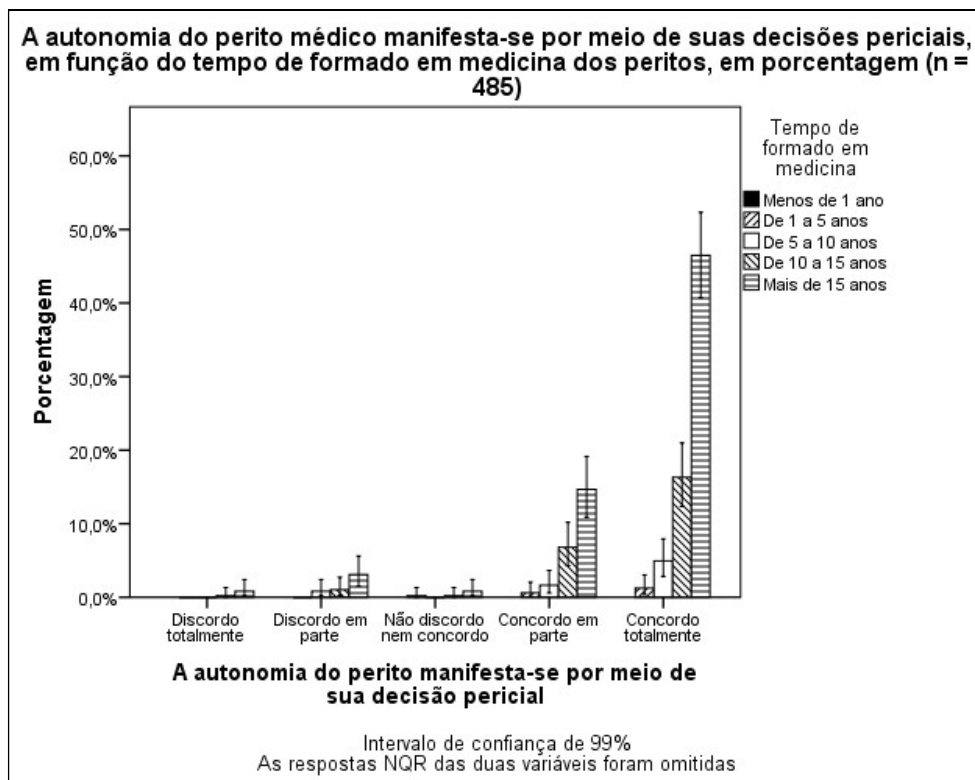
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.52 – A AUTONOMIA DO PERITO MÉDICO MANIFESTA-SE POR MEIO DE SUAS DECISÕES PERICIAIS, EM FUNÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DOS PERITOS



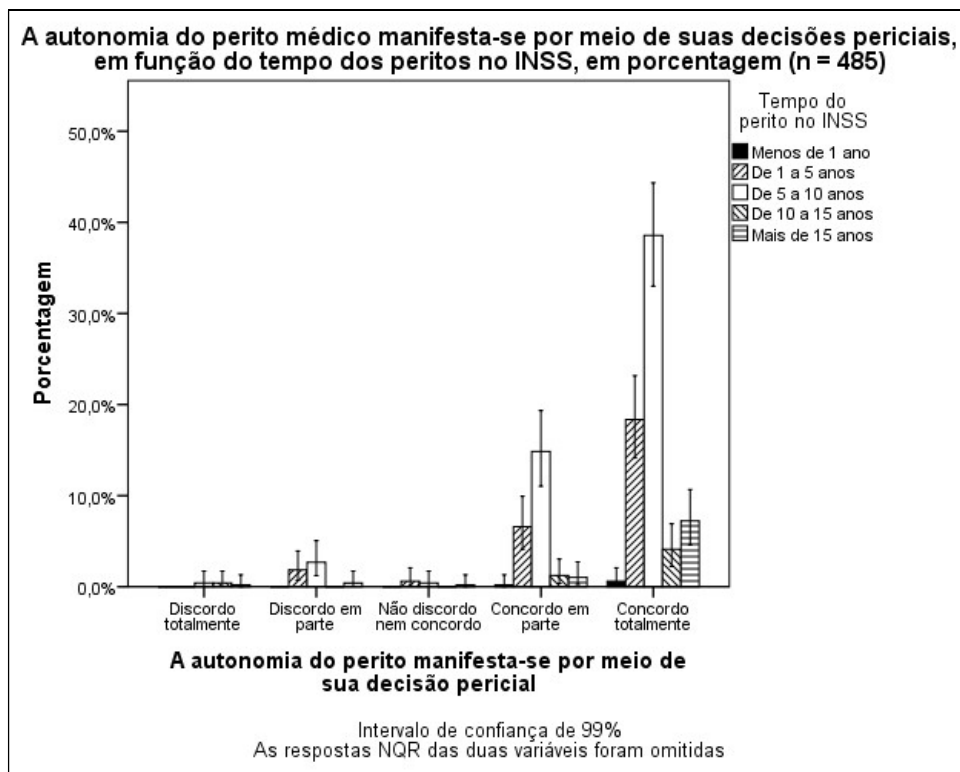
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.53 – A AUTONOMIA DO PERITO MÉDICO MANIFESTA-SE POR MEIO DE SUAS DECISÕES PERICIAIS, EM FUNÇÃO DO TEMPO DE FORMADO EM MEDICINA DOS PERITOS



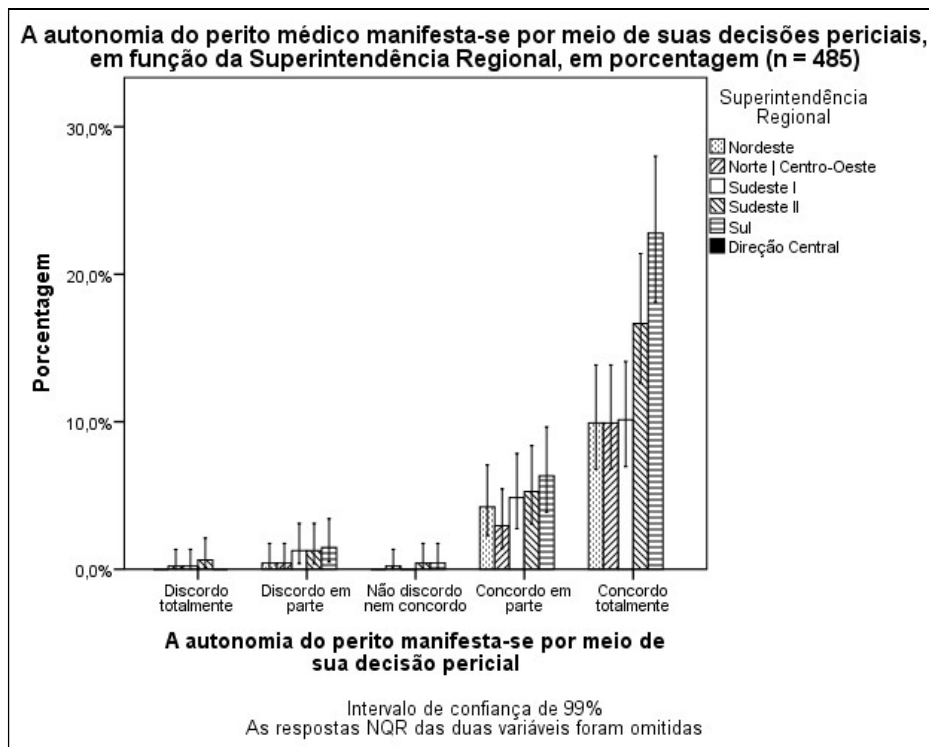
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.54 – A AUTONOMIA DO PERITO MÉDICO MANIFESTA-SE POR MEIO DE SUAS DECISÕES PERICIAIS, EM FUNÇÃO DO TERMPO DOS PERITOS NO INSS



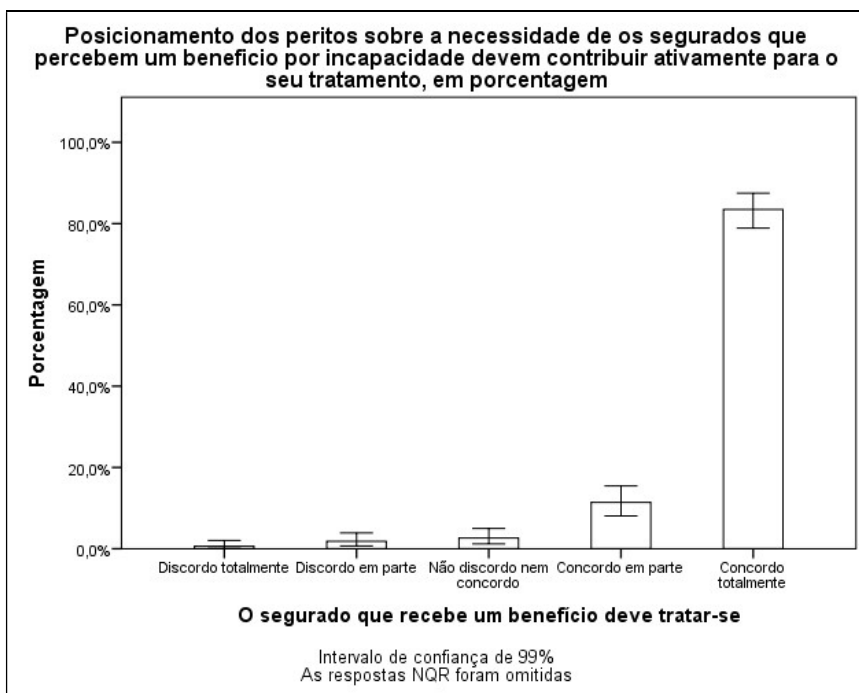
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.55 – A AUTONOMIA DO PERITO MÉDICO MANIFESTA-SE POR MEIO DE SUAS DECISÕES PERICIAIS, EM FUNÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL



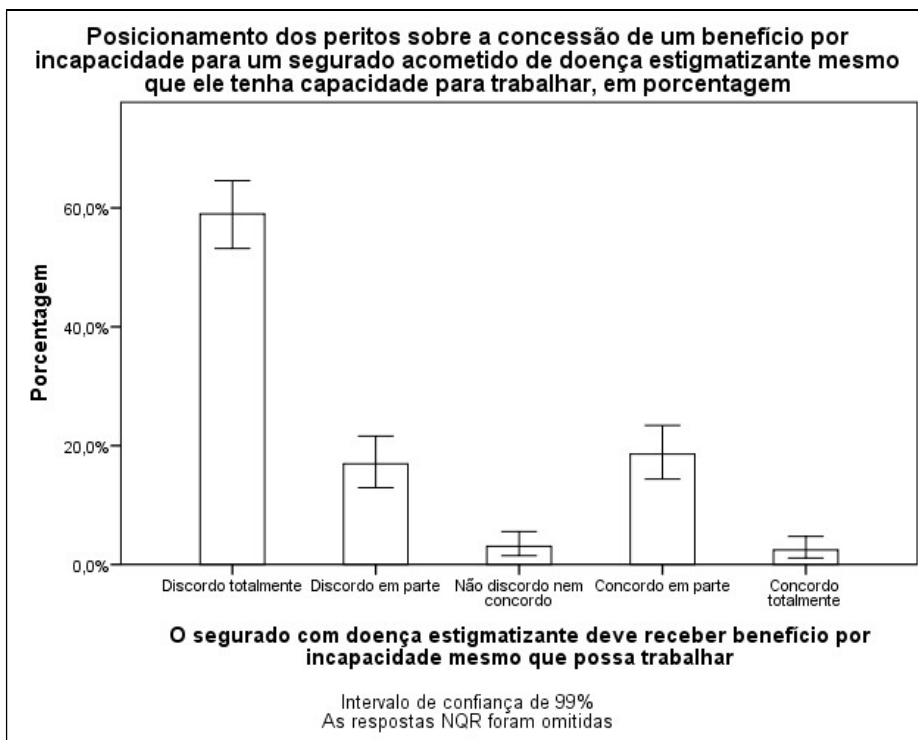
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.56 – POSICIONAMENTO DOS PERITOS SOBRE A NECESSIDADE DE OS SEGURADOS QUE PERCEBEM UM BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE DEVEREM CONTRIBUIR ATIVAMENTE PARA O SEU TRATAMENTO



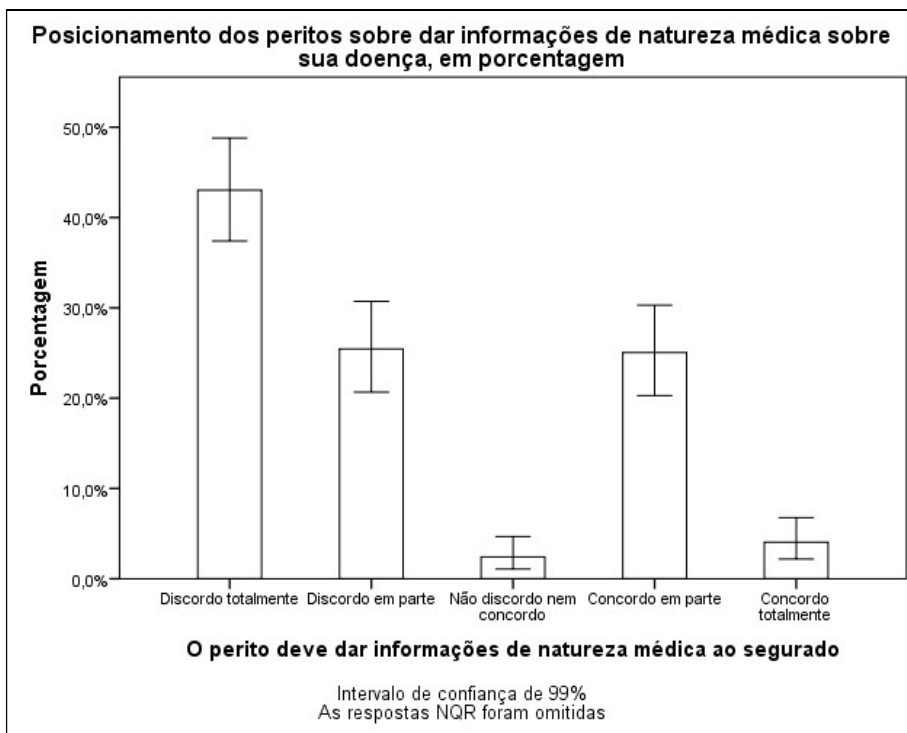
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.57 – POSICIONAMENTO DOS PERITOS SOBRE A CONCESSÃO DE UM BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE PARA UM SEGURADO ACOMETIDO DE DOENÇA ESTIGMATIZANTE MESMO QUE ELE TENHA CAPACIDADE DE TRABALHAR



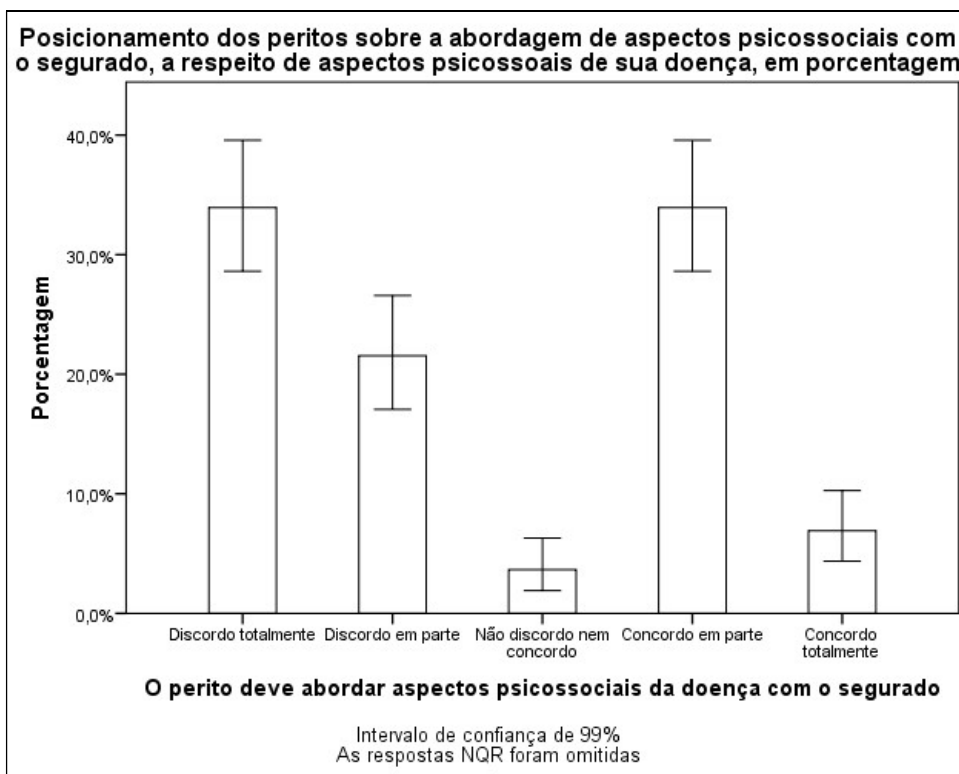
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.58 – POSICIONAMENTO DOS PERITOS SOBRE DAR INFORMAÇÕES DE NATUREZA MÉDICA SOBRE SUA DOENÇA



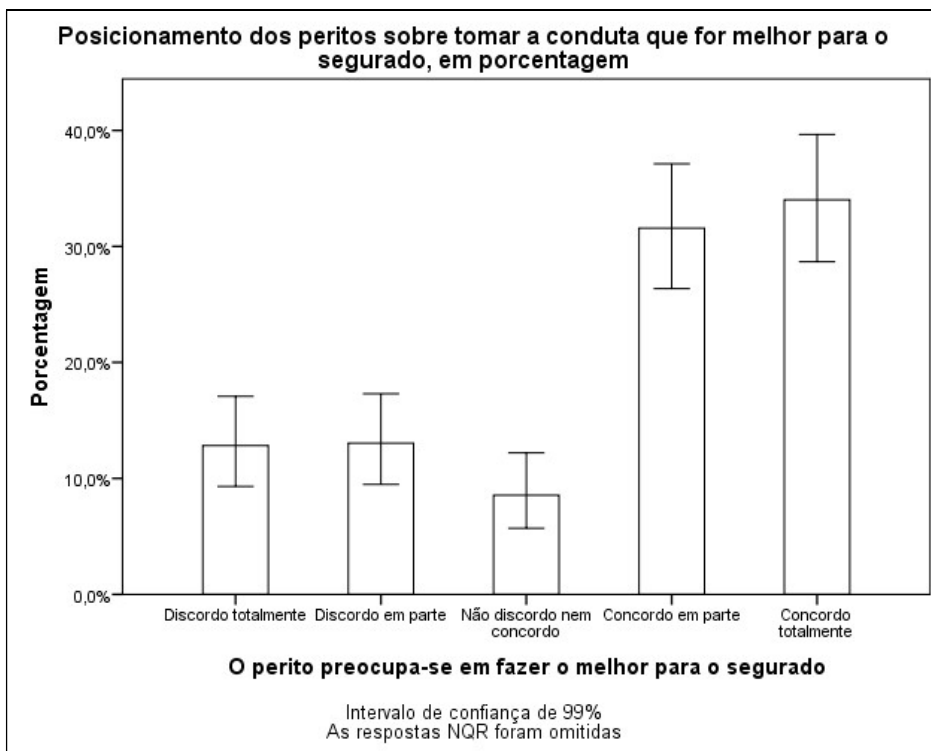
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.59 – POSICIONAMENTO DOS PERITOS SOBRE A ABORDAGEM DE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS COM O SEGURADO, A RESPEITO DE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DE SUA DOENÇA



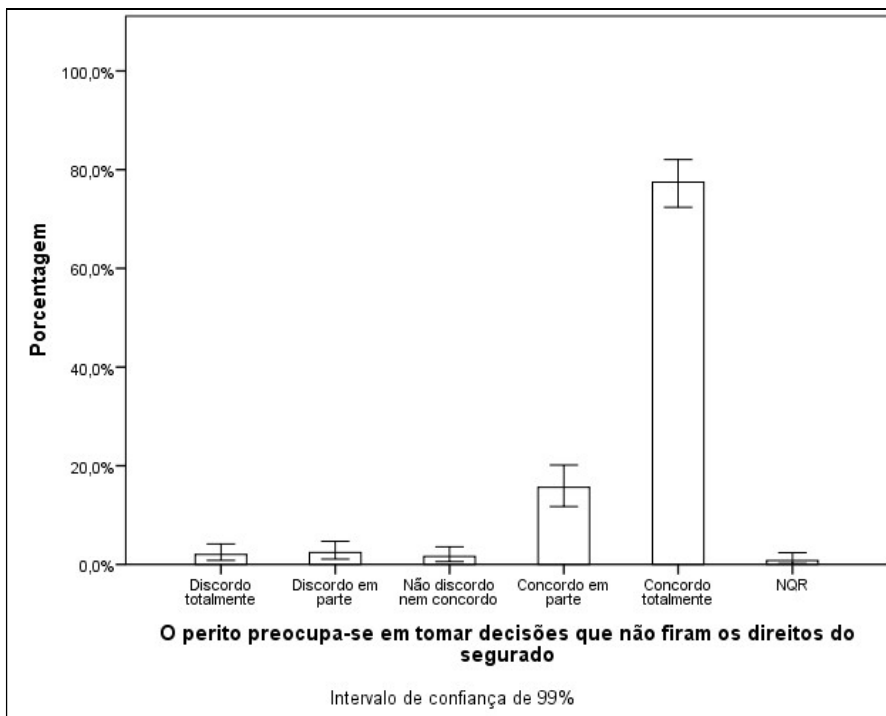
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.60 – POSICIONAMENTO DOS PERITOS SOBRE TOMAR A CONDUTA QUE FOR MELHOR PARA O SEGURADO



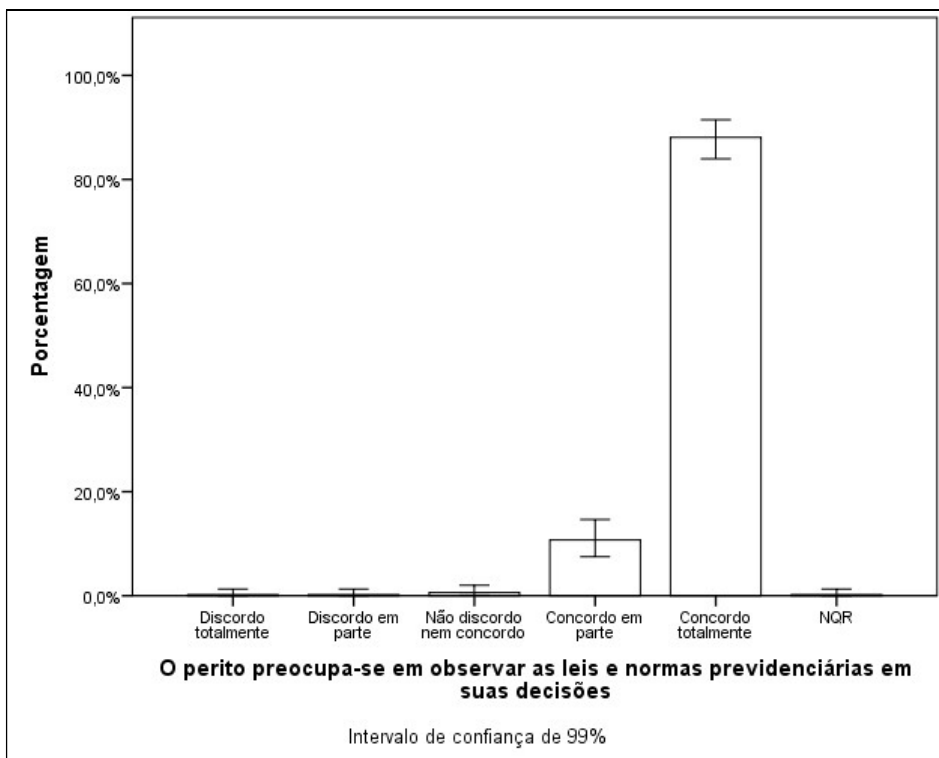
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.61 – O PERITO PREOCUPA-SE EM TOMAR DECISÕES QUE NÃO FIRAM OS DIREITOS DO SEGURADO



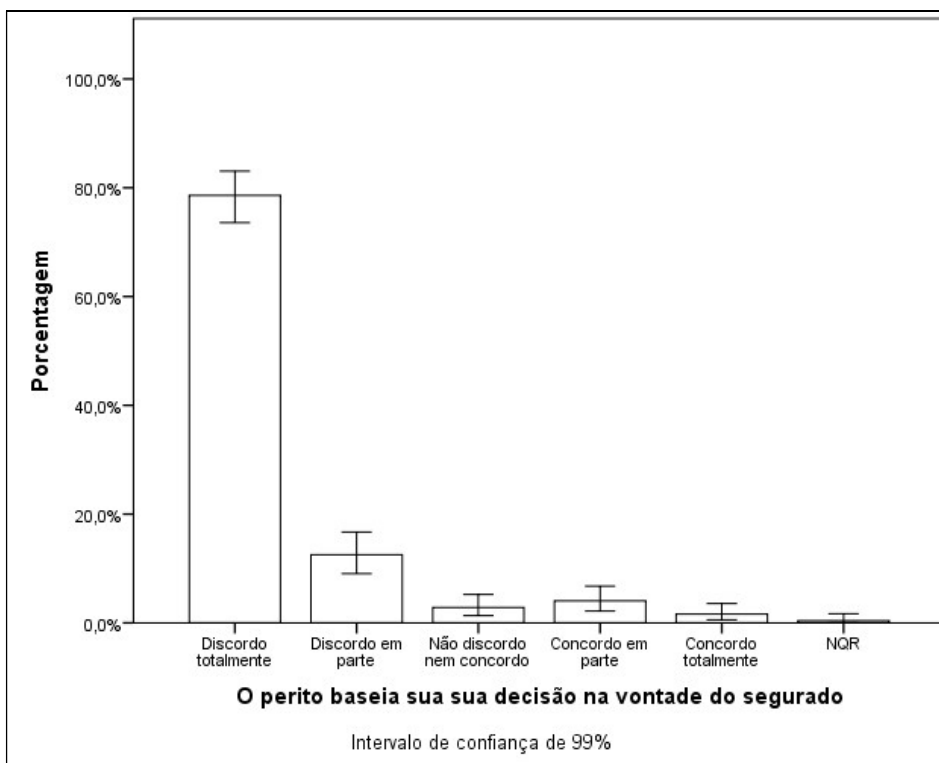
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.62 – O PERITO PREOCUPA-SE EM OBSERVAR AS LEIS E NORMAS PREVIDENCIÁRIAS EM SUAS DECISÕES



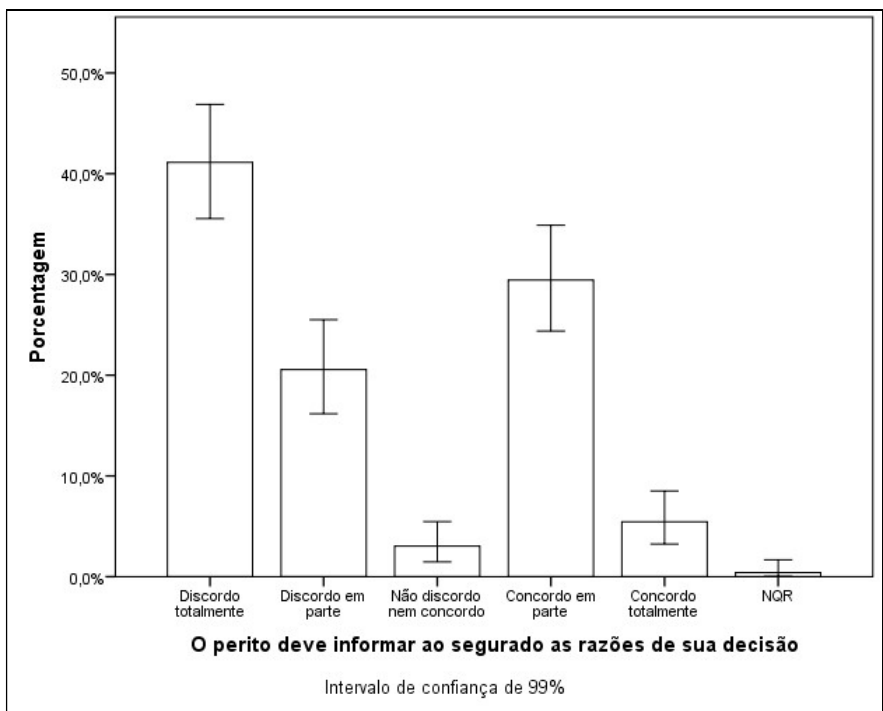
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.63 – O PERITO BASEIA SUA DECISÃO NA VONTADE DO SEGURADO



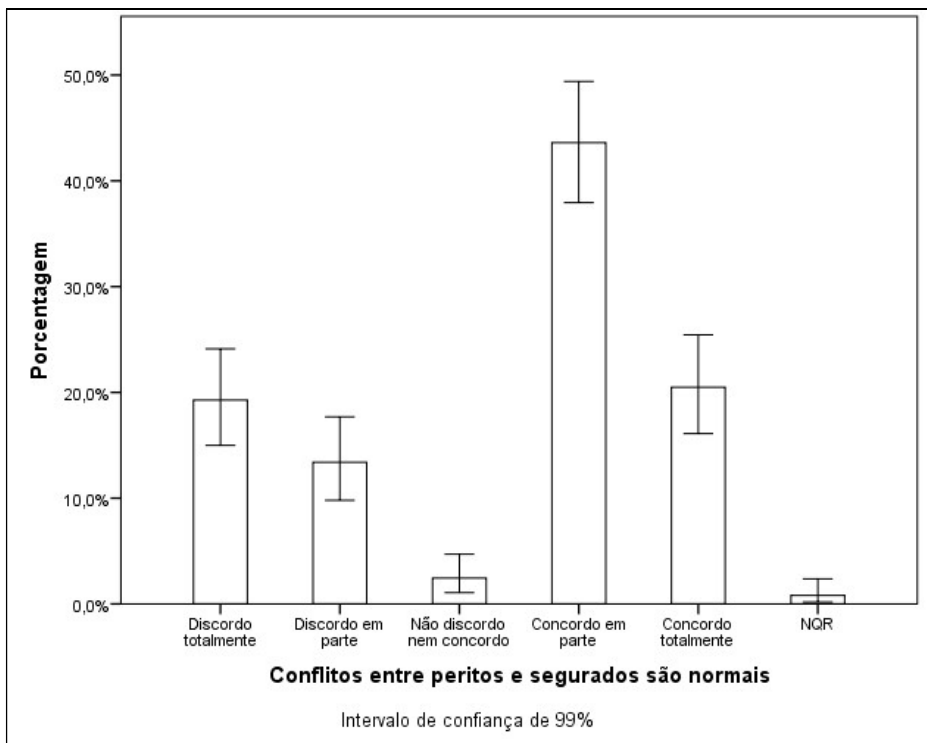
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.64 – O PERITO DEVE INFORMAR AO SEGURADO AS RAZÕES DE SUA DECISÃO



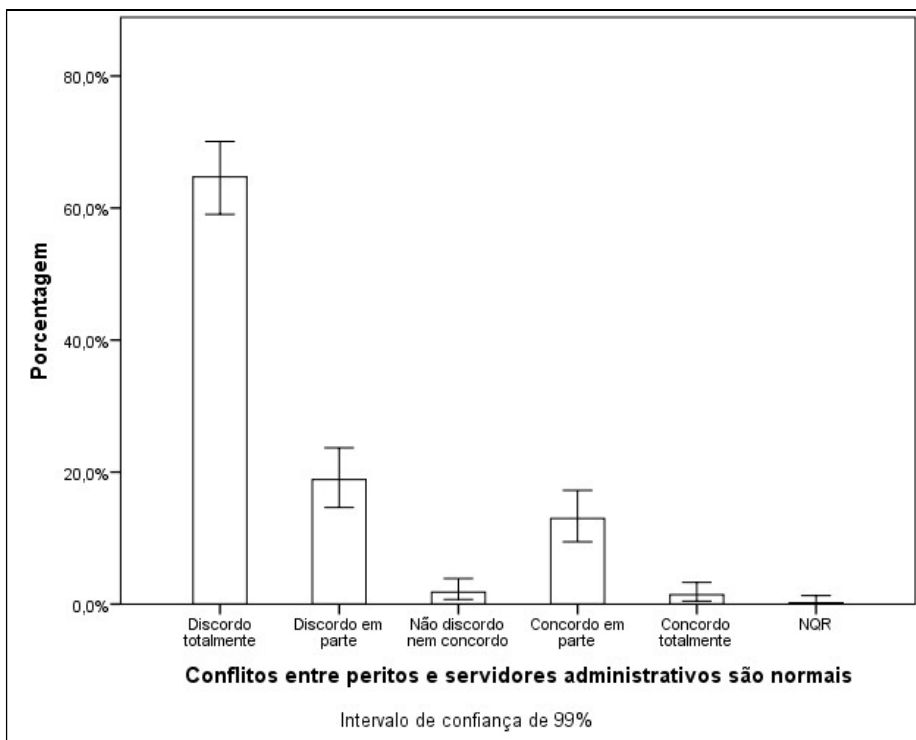
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.65 – CONFLITOS ENTRE PERITOS E SEGURADOS SÃO NORMAIS



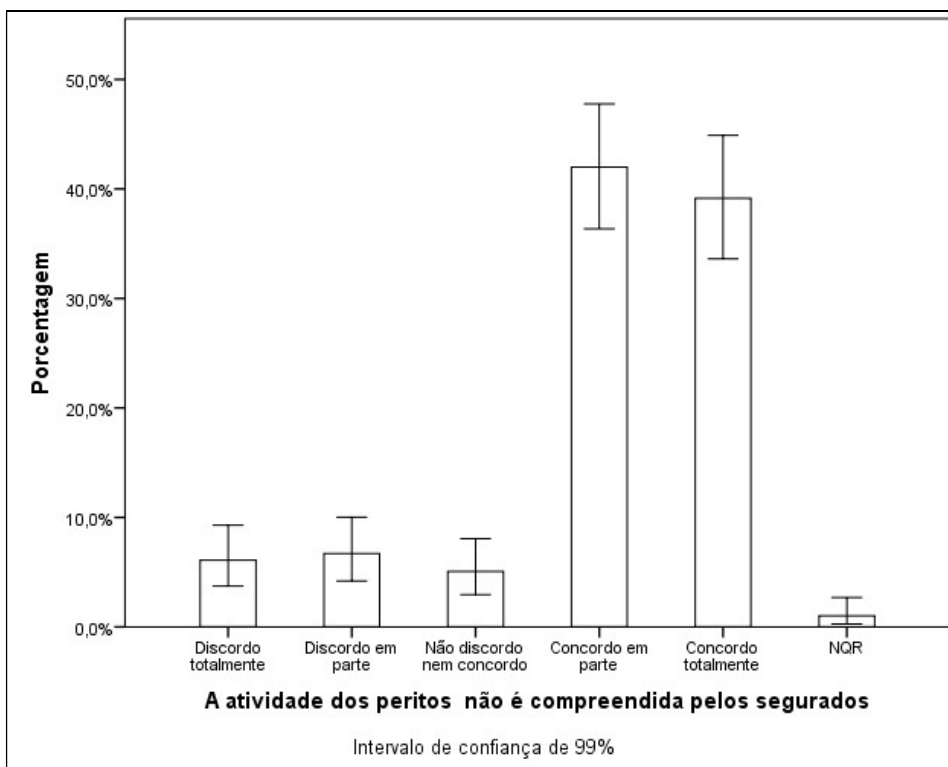
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.66 – CONFLITOS ENTRE PERITOS E SERVIDORES ADMINISTRATIVOS SÃO NORMAIS



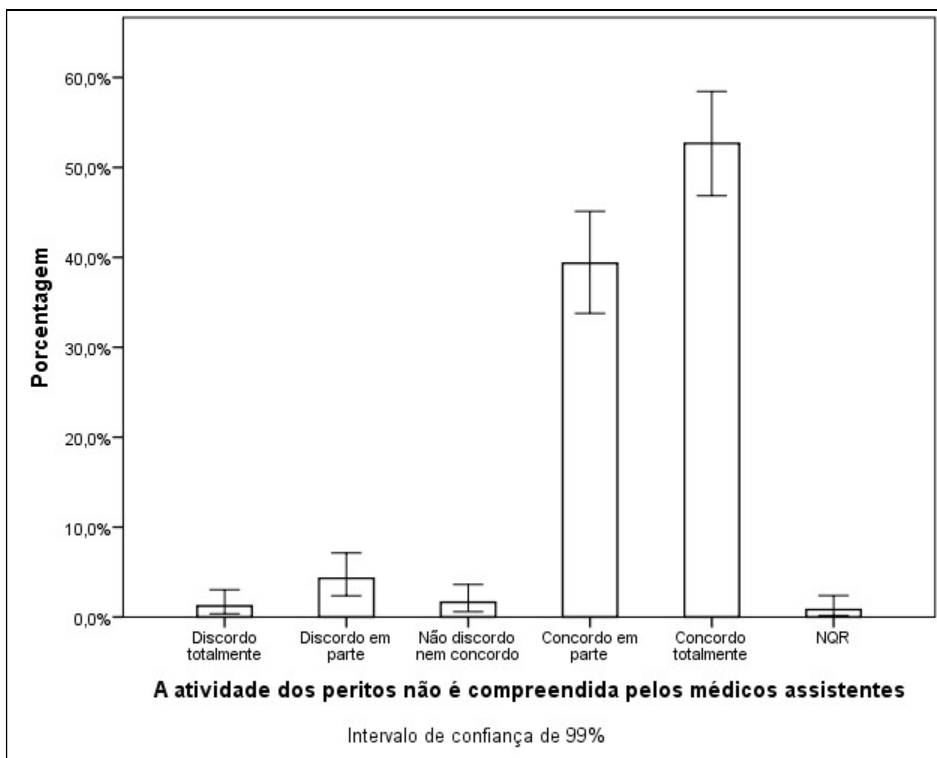
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.67 – A ATIVIDADE DOS PERITOS NÃO É COMPREENDIDA PELOS SEGURADOS



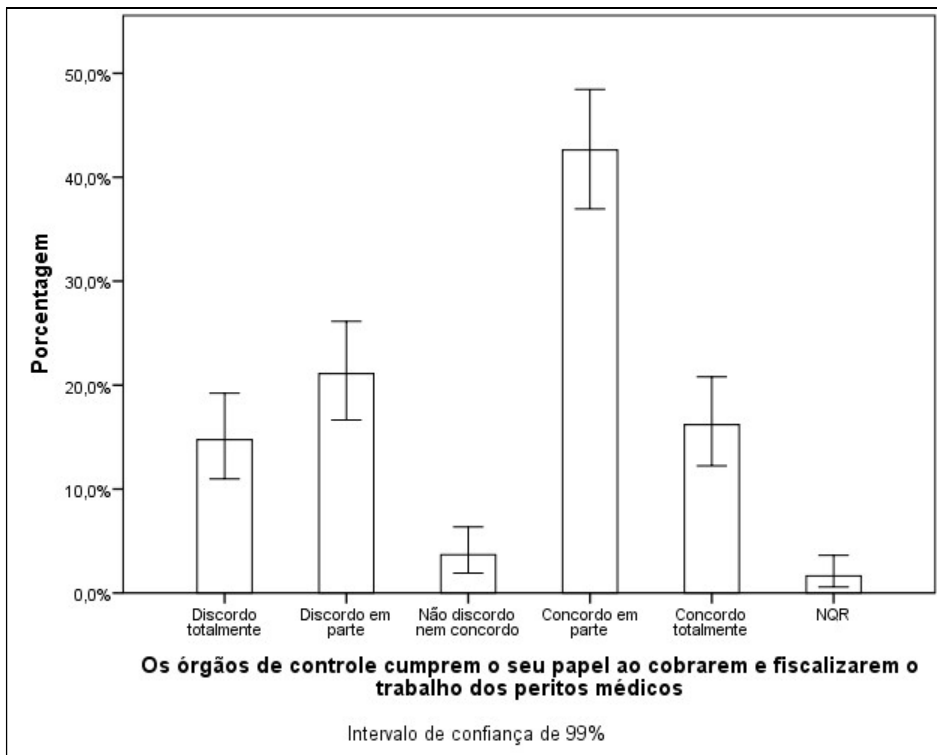
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.68 – A ATIVIDADE DOS PERITOS NÃO É COMPREENDIDA PELOS MÉDICOS PERITOS



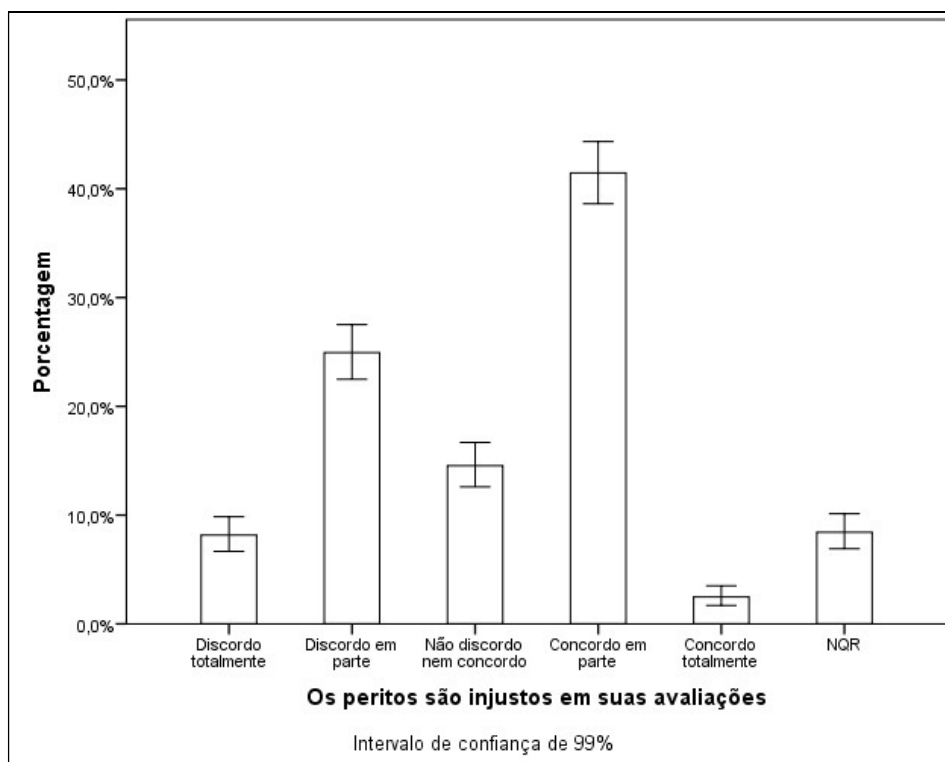
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.69 – OS ÓRGÃOS DE CONTROLE CUMPREM O SEU PAPEL AO COBRAREM E FISCALIZAREM O TRABALHO DOS PERITOS MÉDICOS



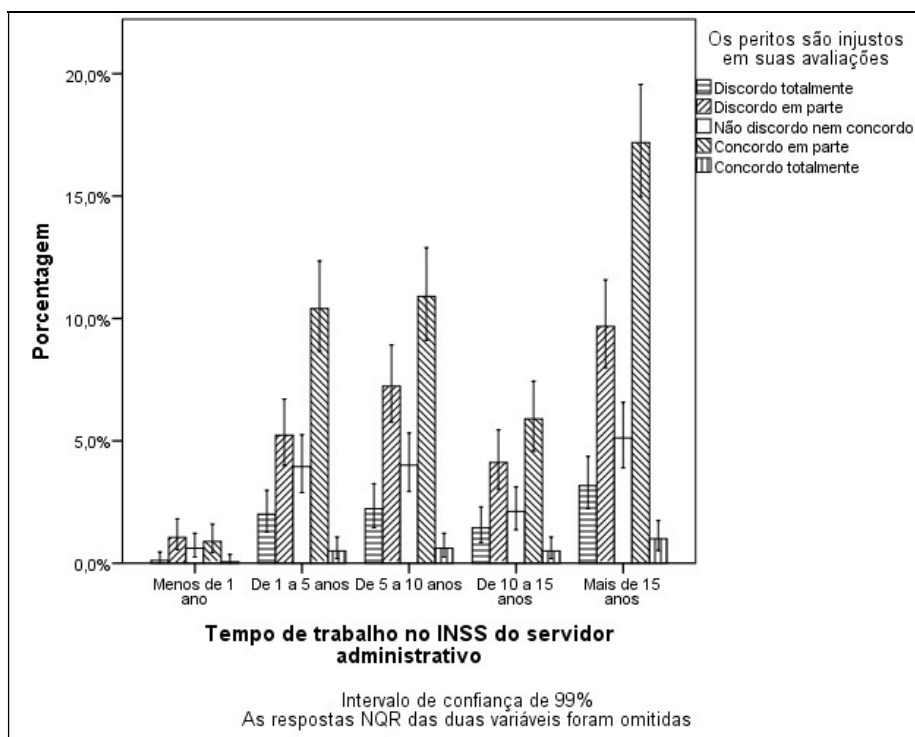
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.70 – OS PERITOS SÃO INJUSTOS EM SUAS DECISÕES



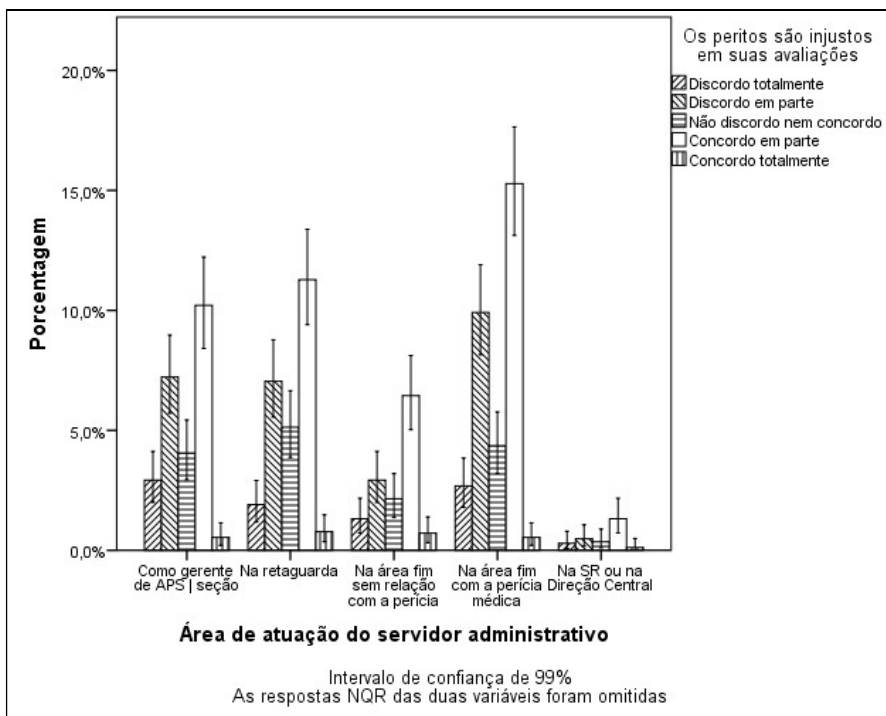
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.71 – OS PERITOS SÃO INJUSTOS EM SUAS AVALIAÇÕES, POR TEMPO DE TRABALHO NO INSS DO SERVIDOR ADMINISTRATIVO



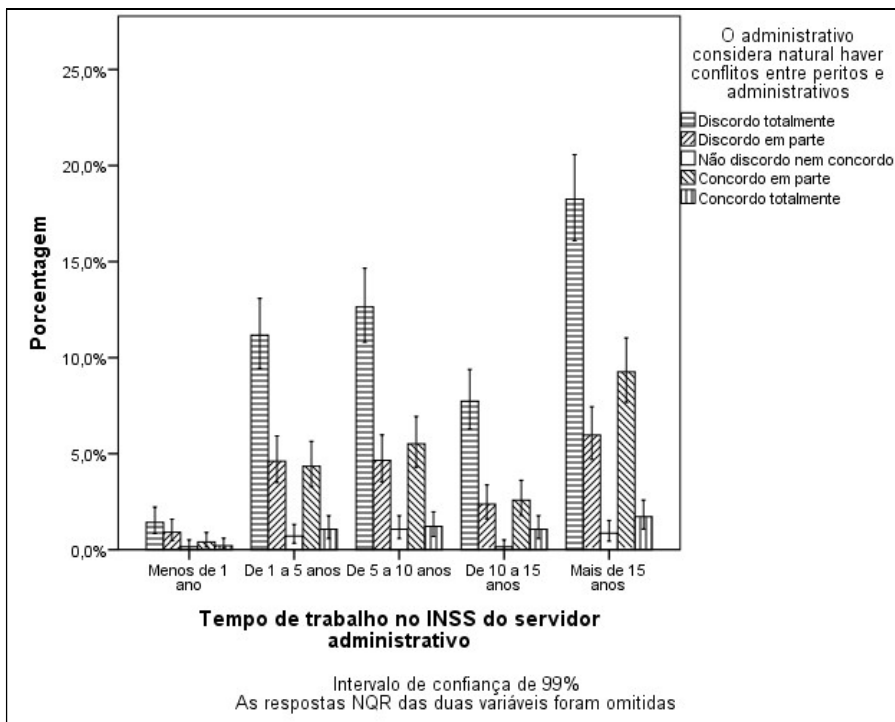
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.72 – OS PERITOS SÃO INJUSTOS EM SUAS AVALIAÇÕES, POR ÁREA DE ATUAÇÃO DO SERVIDOR ADMINISTRATIVO



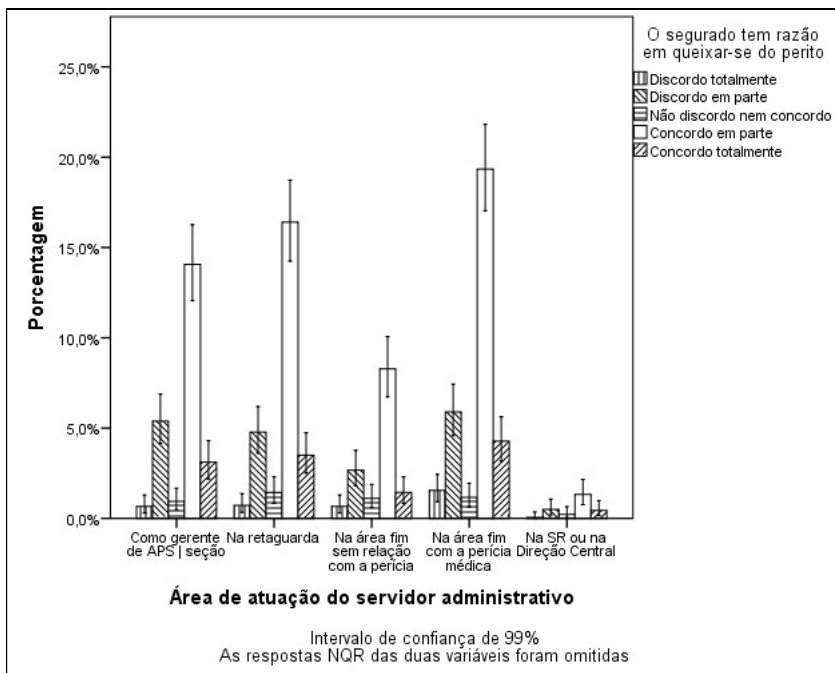
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.73 – O ADMINISTRATIVO CONSIDERA NATURAL HAVER CONFLITOS ENTRE PERITOS E ADMINISTRATIVOS, POR TEMPO DE TRABALHO NO INSS DO SERVIDOR ADMINISTRATIVO



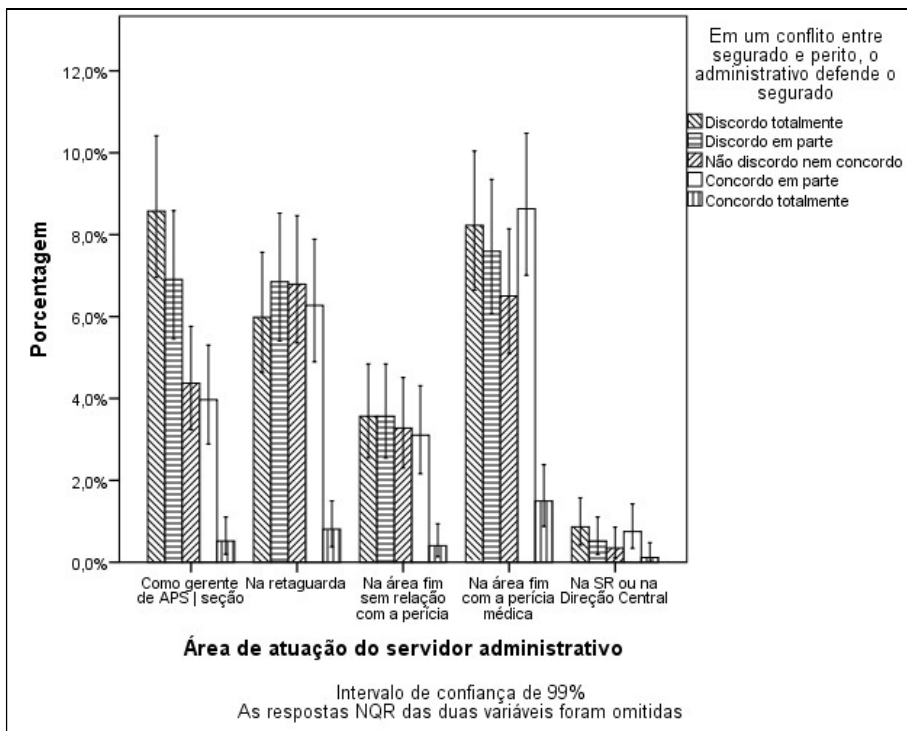
FONTE: o autor.

GRÁFICO A.74 – O SEGURADO TEM RAZÃO EM QUEIXAR-SE DO PERITO, POR ÁREA DE ATUAÇÃO DO SERVIDOR ADMINISTRATIVO



FONTE: o autor.

GRÁFICO A.75 – EM UM CONFLITO ENTRE SEGURADO E PERITO, O ADMINISTRATIVO DEFENDE O SEGURADO, POR ÁREA DE ATUAÇÃO DO SERVIDOR ADMINISTRATIVO



FONTE: o autor.

ANEXO A – ESTRUTURA DE CLASSES E PADRÕES DA CARREIRA DE PERITO MÉDICO PREVIDENCIÁRIO E DA CARREIRA DE SUPERVISOR MÉDICO PERICIAL

Cargo	Classe	Padrão
Perito médico previdenciários Supervisor médico-pericial	A	I
		II
		III
	B	I
		II
		III
	C	I
		II
		III
	D	I
		II
		III
	ESPECIAL	I
		II
		III

FONTE: Anexo VIII da Lei n. 12.269, de 21 de junho de 2010.

ANEXO B – RELAÇÃO DAS SUPERINTENDÊNCIAS REGIONAIS DO INSS, COM ESTADOS ABRANGIDOS E SUAS RESPECTIVAS GERÊNCIAS EXECUTIVAS

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL	ESTADOS ABRANGIDOS	GERÊNCIAS EXECUTIVAS
Sul	Paraná Santa Catarina Rio Grande do Sul	Curitiba Blumenau Canoas Cascavel Caxias do Sul Chapecó Criciúma Florianópolis Ijuí Joinville Londrina Maringá Novo Hamburgo Passo Fundo Pelotas Ponta Grossa Porto Alegre Santa Maria Uruguaiiana
Nordeste	Alagoas Bahia Ceará Maranhão Paraíba Pernambuco Piauí Rio Grande do Norte Sergipe	Aracaju Barreiras Campina Grande Caruaru Feira Santana Fortaleza Garanhuns Imperatriz Itabuna João Pessoa Juazeiro Juazeiro Norte Maceió Mossoró Natal

		<p>Petrolina Recife Salvador Santo Antônio de Jesus São Luís Sobral Teresina Vitória da Conquista</p>
Norte/Centro-Oeste	<p>Acre Amapá Amazonas Distrito Federal Goiás Mato Grosso Mato Grosso do Sul Pará Rondônia Roraima Tocantins</p>	<p>Anápolis Belém Boa Vista Campo Grande Cuiabá Distrito Federal Dourados Goiânia Macapá Manaus Marabá Palmas Porto Velho Rio Branco Santarém Sinop Tefé</p>
Sudeste I	São Paulo	<p>Araçatuba Araraquara Bauru Campinas Guarulhos Jundiaí Marília Osasco Piracicaba Presidente Prudente Ribeirão Preto Santo André Santos São Bernardo do Campo</p>

		<p>São João da Boa Vista São José do Rio Preto São José dos Campos São Paulo – Centro São Paulo – Leste São Paulo – Norte São Paulo – Sul Sorocaba Taubaté</p>
Sudeste II	<p>Rio de Janeiro Minas Gerais Espírito Santo</p>	<p>Barbacena Belo Horizonte Campos Contagem Diamantina Divinópolis Duque de Caxias Governador Valadares Juiz de Fora Montes Claros Niterói Ouro Preto Petrópolis Poços de Caldas Rio de Janeiro – Centro Rio de Janeiro – Norte Teófilo Otoni Uberaba Uberlândia Varginha Vitória Volta Redonda</p>

ANEXO C – EXEMPLO DE SIMA



ANEXO VI

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 /PRES/INSS, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES AO MÉDICO-ASSISTENTE – SIMA

Formulário nº

Data:

Prezado(a) Dr(a):

Solicitamos sua colaboração para nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico pericial. O fornecimento destas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para auxiliar a análise do benefício pleiteado, conta com autorização do requerente interessado ou seu responsável legal. Fundamentação Legal: Lei nº 8.213, de 1991 e RPS regulamentado pelo Decreto nº 3.048, de 1999; Lei nº 7.713, de 1988; Lei nº 9.250, de 1995; Lei nº 8.742, de 1993 regulamentada pelo Decreto nº 6.214, de 2007; Lei nº 11.907, de 2009; Lei nº 3.268, de 1957; Decreto nº 44.045, de 1958 e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1.658, de 2002, 1.851, de 2008 e 1.931, de 2009.

Perito Médico Solicitante:

Perito Médico:	Matrícula SIAPE:
Assinatura:	CRM

Requerente ou Representante Legal:

Nome Requerente: NB: Nome do Representante Legal (se houver) Autorizo a emissão, em caráter confidencial, das informações abaixo solicitadas. Assinatura Requerente / Representante Legal:
--

ANEXO D – EXEMPLO DE CRER



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 107

Número do Benefício: 53

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 102

Ao Sr.(a): JOSE

Endereço: RUA

CEP: 8 **Município:** SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Não constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Art. 71 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 03/06/2008, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, a incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual.

Desta decisão poderá ser interposto Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias respectivamente, contados da data do recebimento desta comunicação.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 01 de julho de 2008

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - SÃO JOSÉ DOS PINHAIS **Endereço:** RUA JOINVILLE - 2643, SAO PEDRO

CEP: 83020000 **Município:** SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 01 de julho de 2008

Assinatura do Requerente / Representante Legal

**ANEXO E – MANIFESTAÇÃO DA SUPERINTENDENTE REGIONAL SUL
CONTRÁRIA AO AFASTAMENTO DO AUTOR PARA CURSAR DOUTORADO NO
PAÍS**



SR-III/INSS – 20.150, em 18/10/2013.

Ref.: Processo nº 35183.002838/2013-44
Int.: LEONARDO BISCAIA DE LACERDA
Ass.: Participação em Curso Externo -
Doutorado no País

1. Ciente.
2. Considerando que ficou explícito o desinteresse das chefias pelo afastamento do servidor devido ao impacto negativo que ocasionará na agenda da perícia médica, sou desfavorável a autorização desse processo.
3. Considerando o não atendimento a um dos pré-requisitos definidos pelo Manual das Ações de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos, aprovado pela OI nº 19 de 24/12/2004 e pelo artigo 96-A da Lei 8.112/1990, inserido pela Lei 11.907/2009, deixamos de encaminhar o processo ao Centro de Formação e Aperfeiçoamento do INSS, da Direção Central.
4. Devolva-se ao CFAL/SOGP da GEX Curitiba – 19.301.7 para ciência do servidor e arquivamento na pasta funcional.

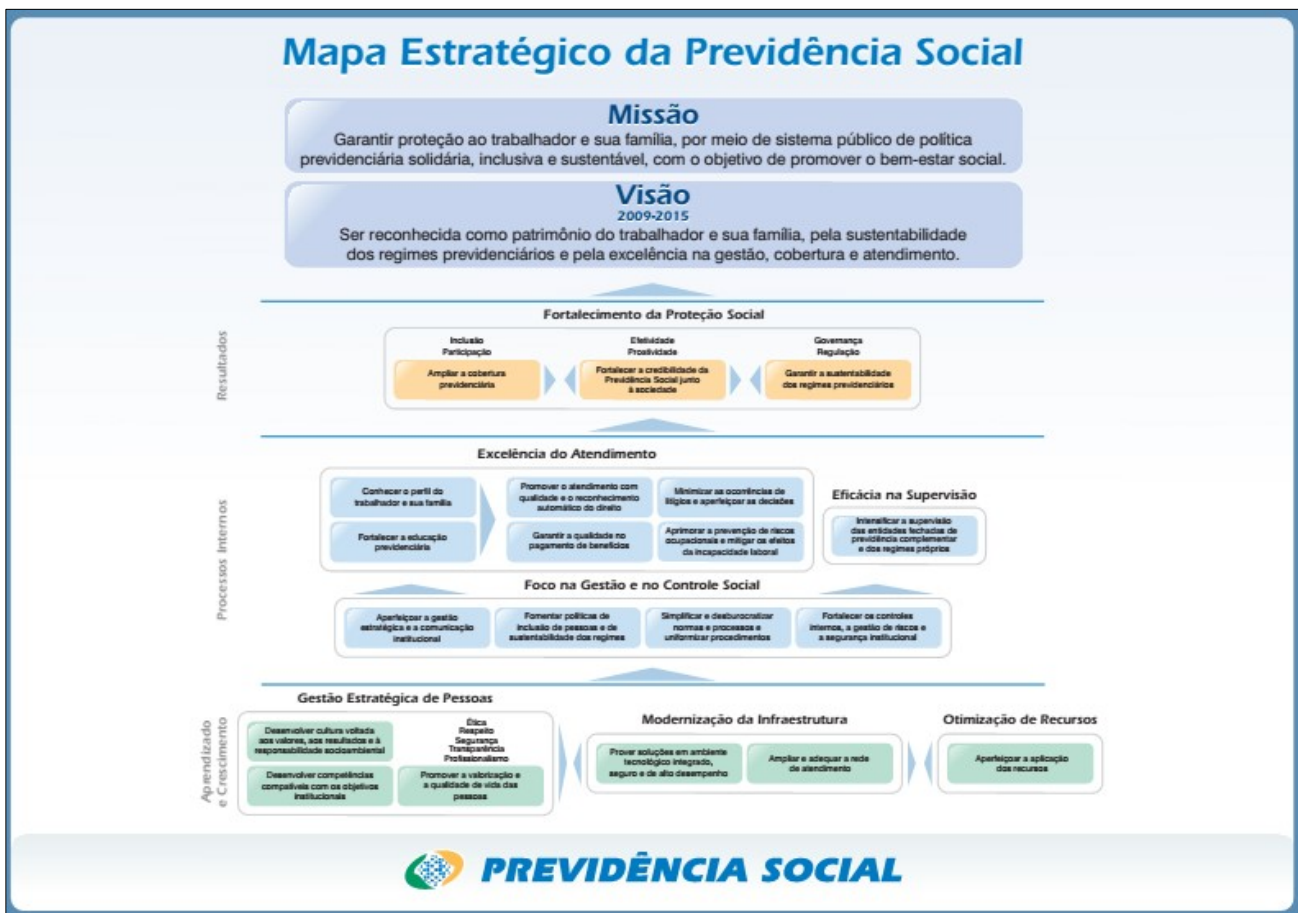
Raymundo Guedes
Raymundo Guedes
Superintendente Regional Sul
INSS

Sosp 14.301.7 em 21/10/13

1. Arquivar em saneado.
2. 14.301.7.

Anelise Mag dos S. Santuado
Anelise Mag dos S. Santuado
Diretora do Região Sul, da Gestão de Pessoas
GEXPO/INSS

ANEXO F – MAPA ESTRATÉGICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (2009-2015)




PREVIDÊNCIA SOCIAL